TABLE DES MATIÈRES

Le programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) 1

Aperçu national 6

Les régions 20

Pacifique 22

Alberta 26

Saskatchewan 31

Manitoba 37

Ontario 42

Québec 49

Atlantique 51

Les Territoires (Secrétariat du Nord) 58

Obstacles et défis 63

Perspectives d'avenir : 2003/04 69

ANNEXE 1 : L'ABC des soins à domicile et en milieu communautaire 70

LE PROGRAMME DE SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (PSDMCPNI)

Contexte

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) assure des services de soins à domicile et en milieu communautaire de base complets, respectueux des cultures autochtones, accessibles, efficaces et équivalents à ce que reçoivent les autres citoyens canadiens et qui reflètent les besoins particuliers des Premières nations et des Inuits en matière de santé et de services sociaux. Le Programme est structuré afin d'offrir des services dans le domaine de la santé à domicile et au sein de la collectivité qui permettent aux personnes vivant avec un handicap, une maladie durable ou aiguë et aux personnes âgées de recevoir les soins dont elles ont besoin dans leur milieu de vie.

En 1998, un Groupe de travail sur les soins continus a été créé avec des représentants de l'Assemblée des Premières nations (APN), de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada (DGSPNI) et du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) Ce groupe a jeté les bases du Programme SDMCPNI et s'est penché dans un premier temps sur les soins à domicile. Le Programme SDMCPNI a été annoncé dans le budget fédéral de février 1999.

La planification et la mise en œuvre de cette initiative s'effectuent en partenariat entre le gouvernement fédéral (par le truchement de la DGSPNI), l'APN et l'ITK. Le Programme viendra élargir ou améliorer d'autres programmes fédéraux comme le programme de soins aux adultes (volet soins à domicile), que finance Affaires indiennes et du Nord Canada (anciennement le MAINC), et le volet Soins à domicile de l'Initiative pour des collectivités en santé.

Financement

Un total de 152 millions de dollars ont été réservés pour les trois premières années du Programme, qui correspondent à la phase de développement, puis celui-ci bénéficiera d'un niveau de financement permanent de 90 millions de dollars par année.

Année du Programme	Exercice Financier	Budget
1	1999/00	17 M$
2	2000/01	45 M$
3	2001/02	90 M$
4	**2002/03**	**90 M$**

Les années 2 et 3 comportaient d'importantes ressources budgétaires pour commencer à répondre aux besoins en immobilisations et en formation. Aucune ressource n'était prévue pour la formation et les immobilisations pour l'année 4, même si le programme conservait un niveau de financement de 90 millions de dollars pour l'année.

Objectifs du Programme

Voici quels sont les principaux objectifs du Programme :

- renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits à élaborer et à dispenser des soins à domicile complets, respectueux de leur culture, accessibles et efficaces;
- aider les membres des Premières nations et les Inuits atteints de maladies chroniques ou graves à maintenir une santé, une autonomie et un bien-être optimaux dans leur foyer et leur communauté;
- faciliter une utilisation efficace des ressources en soins à domicile grâce à une démarche d'évaluation structurée, fondée sur la culture autochtone et respectueuse de cette dernière, pour déterminer les besoins des clients et établir un plan de soins;
- veiller à ce que tous les clients qui ont besoin de soins à domicile aient accès à un éventail complet de services au sein de leur communauté, dans la mesure du possible;
- aider les clients et leur famille à participer à l'élaboration et à la réalisation du plan de soins dans la mesure du possible et à utiliser les services de soutien communautaire dans la mesure où ces services existent et répondent à leurs besoins;

- renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits à dispenser des soins à domicile par l'entremise de la formation et du recours à la technologie de pointe et aux systèmes d'information permettant d'assurer le suivi des soins et des services et d'établir des objectifs et des indicateurs mesurables.

Admissibilité

Les bénéficiaires suivants sont admissibles au Programme :

- les membres des Premières nations et les Inuits, peu importe leur âge;
- qui habitent sur un territoire inuit, dans une réserve des Premières nations ou dans une communauté des Premières nations située au nord du 60° parallèle;
- dont les besoins en services de soins de longue durée ont fait l'objet d'une évaluation et qu'il a été déterminé qu'un ou plusieurs services essentiels étaient requis;
- qui ont accès à des services qui peuvent être assurés de façon raisonnablement sécuritaire aux clients et aux fournisseurs de soins, selon les normes, les politiques et les règlements établis pour les services.

Éléments du Programme

Éléments de services essentiels

Voici les éléments de services essentiels constituant les bases sur lesquelles s'appuieront les améliorations qui pourront être apportées au Programme :

- un processus structuré d'évaluation qui comprend une évaluation continue et permet de déterminer les besoins des clients, les mesures de soutien offertes à la famille et la répartition des services. L'évaluation constitue un processus dynamique structuré de collecte d'information continue et de jugement bien informé qui confère un sens à l'information

recueillie. Les processus d'évaluation et de réévaluation peuvent inclure le client, sa famille, et d'autres donneurs de soins et/ou fournisseurs de services;

- un processus de soins gérés qui prévoit la prise en charge des cas, les aiguillages et l'établissement de liens entre les services et le service existant assuré tant dans les réserves et les territoires qu'à l'extérieur de ceux-ci;
- des services de soins infirmiers à domicile qui comprennent la prestation directe des services ainsi que la supervision et la formation des employés assurant des services de soins personnels;
- la prestation de services de soutien à domicile qui sont déterminés en fonction des besoins du plan d'évaluation des besoins de la collectivité et qui ne font pas double emploi avec les services de soins pour adultes (composante de soins à domicile) du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) mais viennent plutôt les améliorer (p. ex., le bain, l'hygiène personnelle, l'habillage, le transfert, les soins aux malades alités, y compris le tournage, les massages de dos et les soins courants de la peau, etc.);
- la prestation de services de relève à domicile;
- les liens établis avec d'autres services professionnels et sociaux, ce qui peut comprendre les processus d'évaluation coordonnés, les protocoles d'aiguillage et les liens avec des fournisseurs tels que les hôpitaux, les médecins, les infirmières auxiliaires, les infirmières exerçant à un niveau avancé, les services de relève et les services thérapeutiques;
- la prestation de fournitures médicales et d'équipement médical spécialisés et de produits pharmaceutiques spécialisés, ainsi que l'accès à ceux-ci, afin de dispenser des soins à domicile et en milieu communautaire;
- la capacité à gérer l'exécution du programme de soins à domicile et en milieu communautaire de façon sûre et sécuritaire, si l'infrastructure existe au sein de la collectivité;
- un système de tenue de documents et de collecte de données pour mener à bien les activités de surveillance, de planification permanente, de préparation de rapports et d'évaluation du Programme.

Éléments de services complémentaires

On prévoit que les éléments essentiels du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire seront élaborés d'abord dans chacune des collectivités des Premières nations ou des collectivités inuites. Compte tenu des besoins et des priorités des collectivités, de l'infrastructure existante et de la disponibilité des ressources, il se peut que le Programme soit élargi pour comprendre des éléments de services complémentaires.

Les éléments complémentaires qui peuvent être assurés dans un continuum de soins à domicile et en milieu communautaire comprennent notamment :

- la facilitation et l'établissement de liens pour les services de réadaptation et de thérapie;
- les services de relève;
- les soins de jour pour les adultes;
- les programmes de repas;
- les services de santé mentale communautaires pour les malades mentaux chroniques et les clients qui souffrent de maladie mentale ou affective. Ces services pourraient comprendre des services de counselling et de guérison traditionnels et la surveillance de la prise de médicaments;
- les services de soutien permettant de maintenir l'autonomie, ce qui peut comprendre des besoins en transport spécial, les emplettes, l'accès à des services spécialisés et à des services d'interprétation;
- les soins palliatifs à domicile;
- les services sociaux directement liés aux questions relatives aux soins de longue durée;
- les activités spécialisées de promotion de la santé, du mieux-être et de la condition physique.

Le Programme :

- ne financera pas la construction d'établissements de soins prolongés ni la prestation de services de soins prolongés en établissement et ne fera pas double emploi avec les services existants de soins aux adultes qui habitent des réserves.

APERÇU NATIONAL

Situation actuelle

À partir des données recueillies sur le Programme, voici un bref bilan au 31 mars 2003. Ces statistiques se fondent sur l'information compilée sur la mise en œuvre et la surveillance du Programme ainsi que sur les données fournies par le personnel régional.

- 686 collectivités ont reçu des fonds, comparativement à 667 en 2001/02
- 95 % des collectivités ont terminé leur évaluation des besoins en soins à domicile, par rapport à 87 % l'année précédente
- Plus de 91 % ont présenté leur plan de prestation de services à domicile, par rapport à 80 % en 2001/02
- Près de trois collectivités sur quatre (72 %) avaient accès à des services à la fin de 2002/03, par rapport à 51 % à la fin de 2001/02. Ces collectivités représentent plus de 82 % de la population des Premières nations et des Inuits.

Programme SDMCPNI : Statistiques pour l'ensemble du Canada

Population	441 736
Population moyenne par collectivité	634
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	698
Nombre de collectivités financées	686
% des évaluations des besoins qui sont terminées	95 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	91 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	88 %
% de collectivités recevant des services	72 %

2002/03

Plan de travail national pour 2002/03

Pour 2002/03, l'équipe nationale a élaboré le plan de travail autour des trois grands objectifs suivants :

1) Travailler en collaboration avec les instances nationales, régionales et territoriales à la détermination et à la prise en compte des enjeux liés au développement et à la mise en œuvre;
2) Renforcer les liens actuels et en établir d'autres qui favorisent la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire dans le cadre des soins de santé primaires;
3) Respecter les exigences relatives à la responsabilisation et générer du savoir afin d'être en mesure de planifier les programmes futurs et/ou d'élaborer des politiques qui incluent des activités liées à l'évaluation.

Enjeux principaux

Voici les faits saillants relatifs à certains des principaux enjeux pris en compte par l'équipe nationale en 2002/03 :

Soins continus et aide aux adultes

Les responsables du Programme, l'Assemblée des Premières nations (APN), l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) et Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) ont poursuivi leur collaboration au cours de 2002/03 dans le domaine des soins continus, y compris sur les questions de planification stratégique commune. Des représentants du Programme ont assisté à des réunions de liaison avec les responsables de la politique sociale en matière de soins continus d'AINC.

Voici d'autres exemples de collaboration à l'échelon national :

- AINC a mis sur pied un groupe de travail conjoint qui contribuera au cadre stratégique de l'aide aux adultes du Ministère;
- les possibilités d'intégrer le programme de SDMC et le programme de soins aux adultes d'AINC ont été explorées;

- une réunion commune avec AINC, SDMC et des responsables de certains programmes de santé communautaire a eu lieu en février 2003 afin de favoriser l'intégration des soins aux adultes du SDMC et d'AINC;
- un document commun a été amorcé portant sur les soins en établissement et les lacunes en matière de responsabilité à l'égard des soins donnés en établissement. Ni Santé Canada ni AINC n'ont le mandat de prodiguer ces soins;
- Un document d'information a été produit et un groupe de consultation a été mis sur pied avec Santé Canada, AINC et plusieurs responsables de programmes de santé pour les Autochtones afin d'établir quelles sont les meilleures pratiques et de dégager des exemples d'efforts d'intégration ayant porté fruit au sein des collectivités;
- À la suite de recherches sur divers aspects du séjour en établissement pour les soins de longue durée, un document sur les options possibles a été rédigé, qui met l'accent sur les soins en établissement dans le contexte des soins continus;
- Des représentants du Programme ont participé à des réunions d'AINC pour discuter de l'élaboration d'une évaluation de la politique sur les soins aux adultes.

Accès aux fournitures médicales et à l'équipement médical

Un travail considérable a été accompli en collaboration avec le bureau des Services de santé non assurés (SSNA) de la DGSPNI. Les efforts ont porté sur l'exploration des changements d'orientation qui amélioreraient l'accès à certaines fournitures médicales et à certains appareils médicaux des SSNA en permettant au personnel infirmier d'autoriser l'emploi de ces fournitures et de cet équipement. L'objectif visé était de rendre la procédure plus efficace et d'accélérer l'accès aux fournitures et à l'équipement, étant donné qu'un élément essentiel du Programme est l'accès aux fournitures médicales et à l'équipement médical. On s'est concentré sur les préparatifs en vue de réaliser des projets pilotes dans une collectivité autochtone de la Nouvelle-Écosse et dans trois collectivités des Premières nations de l'Alberta, projets qui verront le jour au début de l'exercice financier 2003/04.

Voici les objectifs visés par la collaboration sur ces projets pilotes :

- mettre à l'essai une nouvelle approche pour l'accès des clients du Programme aux fournitures médicales et à l'équipement médical des SSNA;
- dégager une procédure de commande possible à l'échelon national des fournitures médicales et de l'équipement médical approuvés des SSNA par les fournisseurs de soins infirmiers à domicile et en milieu communautaire;
- mettre à l'essai des protocoles de prise en charge des blessures dans la sélection des fournitures médicales et de l'équipement médical des SSNA;
- évaluer l'efficacité des coûts et l'adéquation des fournitures en fonction des résultats obtenus auprès des clients participants.

Soins palliatifs

Des réunions ont eu lieu avec le Secrétariat des soins palliatifs de Santé Canada afin de participer à l'élaboration d'une stratégie nationale et d'établir un modèle d'affectation des fonds.

Un contrat pour l'élaboration d'un modèle de prévision des coûts des soins palliatifs a été accordé et la phase 1 sur les soins à domicile et en milieu communautaire a été amorcée. La première phase a porté sur les programmes de SDMC alors que la phase 2 s'intéresse aux soins dans la collectivité et en établissement. Santé Canada a collaboré avec AINC et a effectué des sondages et organisé des groupes de discussion qui ont conduit à la rédaction d'un document sur cette problématique.

On a également favorisé la participation des collectivités des Premières nations, des conseils tribaux et des collectivités inuites à des groupes de travail chargés de mandat spécifique dans le domaine des soins palliatifs, du développement des ressources humaines et de la détermination des enjeux propres aux petites collectivités. Cinq groupes de travail différents ont exploré divers domaines et tous comptaient des représentants autochtones. En juin 2002, la sénatrice Carstairs, ministre chargée de responsabilités spéciales à l'égard des soins palliatifs, a présenté une stratégie au Cabinet.

Soins infirmiers

L'équipe nationale du Programme des SDMCPNI a collaboré avec le groupe de travail sur les soins infirmiers de la DGSPNI afin de publier un manuel de soins infirmiers à l'intention des collectivités des Premières nations et des Inuits. Le manuel s'adresse aux infirmières ainsi qu'aux directeurs de la santé. Une version préliminaire a été terminée à la fin de 2002/03 et l'édition et la publication de la version finale se feront en 2003/04.

Le groupe de travail sur les soins infirmiers s'est également intéressé aux enjeux entourant les SDMC; celui-ci comptait des représentants du Bureau des soins infirmiers de la DGSPNI, des coordonnateurs régionaux de SDMC, des partenaires en soins infirmiers des Premières nations et des Inuits et du personnel de l'équipe nationale.

La trousse de planification du Programme fixait des exigences particulières à l'égard d'enjeux comme la supervision des infirmières et le groupe a révisé les sections s'y rapportant et a produit des mises à jour à l'intention des collectivités.

Un groupe de travail distinct explorait les enjeux liés au recrutement et au maintien en poste du personnel infirmier et le groupe de travail sur les soins infirmiers s'est penché sur les questions le concernant avec cet autre groupe. De plus, un troisième groupe s'est intéressé aux questions touchant le soutien permanent de deuxième et de troisième niveaux.

Des représentants de l'équipe nationale ont également participé à titre d'observateurs aux efforts stratégiques du comité de leadership du Bureau des soins infirmiers de la DGSPNI.

Personnes handicapées

L'équipe nationale du Programme a coordonné la contribution de la DGSPNI au rapport fédéral sur l'invalidité, qui a paru en décembre 2002. L'équipe avait enclenché une analyse de la conjoncture à l'automne 2002, incluant des initiatives et des options stratégiques dans le domaine de l'invalidité. Développement des ressources humaines Canada (DRHC) est le ministère responsable du dossier des invalidités au sein du gouvernement fédéral. Santé Canada a collaboré avec DRHC à l'élaboration d'un mandat et DRHC a produit le rapport fédéral sur l'invalidité.

Renouveau du système de santé

Un comité mixte composé de représentants de l'APN, de l'ITK et de la DGSPNI s'est penché sur la question du renouveau. Le comité a examiné les enjeux principaux à l'égard de la santé des Premières nations et des Inuits, la direction qu'il adopte et l'élaboration stratégique.

Gestion des risques

La question de la gestion des risques constitue un enjeu complexe de longue date au sein du Programme. Des discussions ont eu lieu avec les coordonnateurs régionaux de SDMC afin d'explorer des moyens de résoudre cette question, plus particulièrement la pratique clinique à domicile et les soins de qualité et la gestion des risques. On a entrepris de formuler les meilleures pratiques en matière de soins de qualité et d'autoévaluation en janvier 2003. Le groupe de travail explore également les avis juridiques sur le rôle du fédéral en matière de soins de qualité.

Ressources humaines

Développement des ressources humaines Canada (DRHC) prévoyait réaliser une étude sur les ressources humaines en santé dans le secteur des soins à domicile. Des consultations préliminaires ont été entreprises avec la DGSPNI, l'APN et l'ITK et sur la façon de réaliser cette étude. Comme les fonds pour le volet concernant les Premières nations et les Inuits n'ont pas été obtenus, cet aspect de l'étude a été mis de côté.

Le Comité directeur national a donc demandé au groupe de travail sur la formation et les ressources humaines du Programme de se pencher sur les enjeux relatifs aux ressources humaines pour les soins à domicile dans le cadre de ses activités. Une demande de propositions en vue de réaliser un petit projet afin de clarifier davantage les enjeux relatifs aux ressources humaines et à la formation pour le PSDMCPNI a été préparée. Seulement deux propositions ont été reçues; il a par la suite été établi qu'elles ne permettraient pas d'obtenir un tableau complet des besoins des Premières nations et des Inuits. L'étude des ressources humaines dans le secteur des soins à domicile a été réalisée et plusieurs recommandations concernant les besoins du secteur ont été formulées.

Communications

Les communications représentent un défi permanent pour tous ceux qui participent à des programmes comme le PSDMCPNI. La portée du Programme et le grand nombre de personnes, de ministères et d'organisations de l'ensemble du pays concernés nécessitent un mode de communication rapide et efficace.

L'équipe nationale a intégré, dans la mesure du possible, divers moyens pour améliorer les communications entre les équipes nationale, régionales et au sein des collectivités. Ces moyens incluent des réunions, des ateliers, des conférences, de téléconférences et des visites dans les collectivités.

Ressources

Voici une partie des ressources qui ont été élaborées et/ou distribuées par l'équipe nationale :

- Manuel de soins infirmiers
- Révisions de la trousse de planification
- Révision du manuel des normes du PSDMCPNI
- Modèle pour le plan de travail
- Mises à jour du site Web (publications et information)
- Guide d'évaluation et documentation connexe

Outils pour la production des rapports

Rapports statistiques sur la prestation des services

L'outil Rapports statistiques sur la prestation des services (RSPS) a été un important projet mis en œuvre dans les régions et les collectivités durant 2002/03. Cet outil a été conçu pour aider les collectivités à produire les rapports requis par le Programme par voie électronique.

Le déploiement des RSPS s'est révélé plus difficile que prévu. En plus du soutien permanent et de la formation importante à fournir, il a fallu faire face aux problèmes de compatibilité des systèmes avec plus de 600 collectivités. À la fin de 2002/03, la révision de cet outil pour

2002/04 allait bon train. Dans l'intervalle, certaines collectivités et régions ont exploré d'autres systèmes pour produire les rapports requis, alors que d'autres ont combiné une procédure manuelle et la transformation des données alimentées dans les RSPS à l'échelon régional.

Outil de suivi

Les régions ont continué à utiliser l'outil de suivi produit par l'équipe nationale en 2000/01 pour aider à recueillir les données et respecter les exigences du Programme en matière de compte rendu. Voici le type de données recueillies à l'échelon régional au moyen de cet outil :

- Nombre de collectivités admissibles aux fonds
- Nombre de collectivités financées
- Population
- % des évaluations des besoins qui sont terminées
- % de collectivités ayant présenté leurs plans
- % de collectivités en planification/mise en œuvre
- % de collectivités ayant accès aux services
- % de la population ayant accès aux services
- Aperçu de l'affiliation au Programme/du modèle de prestation
- Aperçu de la formation
- Profil des ressources humaines
- Liens établis entre le PSDMCPNI et d'autres programmes

Mesure du rendement et évaluation du Programme

Mise en contexte du PSDMCPNI

Le Conseil du Trésor exige que tous les programmes demandent un renouvellement de leurs dispositions. Une partie de ce processus de renouvellement consiste à réaliser une évaluation. Les Premières nations et les Inuits, AINC et la DGSPNI ont collaboré à l'élaboration d'une

stratégie commune d'évaluation désignée sous le vocable de CGRR. En plus de la collecte de données et de la surveillance du rendement continues, trois études approfondies et une évaluation nationale complète font partie de la stratégie globale d'évaluation.

1. Le PSDMCPNI a-t-il été mis en œuvre conformément aux plans établis?
2. Le PSDMCPNI respecte-t-il les objectifs globaux fixés en matière de soins à domicile?
3. Le PSDMCPNI répond-il aux besoins des Premières nations et des Inuits?

L'évaluation portera également sur deux grands enjeux :

1. L'atteinte des résultats
2. Répercussions sur les coûts

Résultats

Les extrants suivants font partie du cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) du PSDMCPNI :

Services de SDMC offerts aux populations des Premières nations et des Inuits

- Nombre de programmes de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits ayant a) des éléments essentiels b) des éléments complémentaires (voir la section présentant le PSDMCPNI pour obtenir une définition des éléments essentiels et complémentaires.)

Partenariats, accords de prestation de services, modèles de meilleures pratiques en SDMCPNI

- Intégration des services de soins à domicile à la prestation de soins primaires et de courte durée
- Nombre de partenariats et nombre de protocoles d'entente avec d'autres ordres de gouvernement et des autorités sanitaires et fournisseurs de soins de santé

Produits de communication et d'éducation à l'intention des Premières nations et des Inuits, des leaders de la collectivité et des gouvernements

- Élaboration et diffusion de documents de communication à de clientèles cibles
- Élaboration de matériel de formation et de documents d'orientation
- Participation à des cours d'accréditation

Évaluations des besoins, plans de prestation des services et de formation, systèmes de gestion du savoir et de l'information (surveillance du rendement financier et évaluation)

- Nombre de plans de santé pour les collectivités des Premières nations et des Inuits et sujets traités
- Nombre de rapports sur la santé des collectivités des Premières nations et des Inuits et sujets traités et production à temps de rapports sur le rendement financier

Résultats immédiats

Voici les résultats immédiats qui seront évalués :

Accès des Premières nations et des Inuits aux services de SDMCPNI – Éléments de services essentiels et complémentaires

- Nombre d'admissions par 1 000 habitants
- Nombre de départs (fins des services et décès) par 1 000 habitants
- Nombre de cas actifs par 1 000 habitants
- Nombre d'heures de service par 1 000 habitants
- Nombre moyen d'heures de service par type de service

Capacité accrue de la collectivité – Ressources humaines pour administrer et exécuter le PSDMCPNI

- Nombre d'infirmières offrant des services
- Nombre de fournisseurs de services de soutien
- Personnel suffisant pour administrer et exécuter le PSDMCPNI

Sensibilisation accrue à la prestation des services – Usagers des services du Programme informés et leaders de la collectivité informés

- Niveau de sensibilisation aux services offerts par le PSDMCPNI par groupe de population
- Sensibilisation des leaders des collectivités des Premières nations et des Inuits aux besoins de leur collectivité et au rôle des soins à domicile

Infrastructure dans les collectivités des Premières nations et des Inuits pour la réalisation du PSDMCPNI et la mise en place des immobilisations nécessaires

- Installations pour l'administration et exécution du PSDMCPNI

Aperçu de l'évaluation

Sous la direction du groupe de travail sur l'évaluation des SDMC, l'équipe nationale d'évaluation a continué à travailler avec le personnel du Programme aux échelons régional et national, les conseils tribaux et les collectivités afin de mettre en œuvre le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR). Des exemplaires du CGRR ont été distribués dans l'ensemble du pays et l'équipe nationale d'évaluation a organisé plus de 30 ateliers partout au pays pour faciliter la mise en œuvre du CGRR.

Une grande diversité de participants ont assisté à ces ateliers, y compris des fournisseurs de services, le personnel régional du Programme, des administrateurs, des infirmières en SDMC et d'autres intervenants du Programme. Ces ateliers visaient à aider les participants à comprendre non seulement l'évaluation et le CGRR dans le contexte du Programme, mais également le rôle et l'utilité de l'évaluation dans les programmes

du gouvernement fédéral en général. Dans le cadre de cette démarche, les participants ont été encouragés à voir l'évaluation comme un outil de gestion, qui vise à les aider plutôt que quelque chose qu'on leur impose.

Mesure du rendement

La mesure du rendement comporte deux volets :

1. Le rapport annuel
2. Les études d'évaluation

Dans le cadre de la stratégie de mesure du rendement, des modèles ont été élaborés afin de relier directement le modèle logique du Programme au CGRR. Durant les ateliers qui ont été organisés dans l'ensemble du pays, l'équipe nationale d'évaluation a aidé les collectivités à élaborer leur plan de travail. Des ateliers régionaux ont également utilisé cette approche afin que les plans puissent être reliés à des résultats tangibles dans le modèle logique.

Les régions et les collectivités ont effectué le processus d'élaboration des plans de travail en adoptant l'une des trois options suivantes :

1. Les régions ont donné le modèle aux collectivités et les ont aidées à le remplir;
2. Les régions ont fait remplir le plan de travail par les collectivités et Santé Canada a par la suite regroupé les données sous forme cohérente; ou
3. L'équipe nationale d'évaluation a facilité le processus avec les représentants régionaux et/ou des collectivités.

À la fin de l'exercice financier, plusieurs régions et de nombreuses collectivités utilisaient le modèle. Les activités des plans de travail de l'année précédente ont été transposées dans les nouveaux modèles afin de déterminer où étaient les lacunes. Les plans de travail régionaux pour chacune des quatre premières années du Programme ont été mis à jour et revus afin que chacun d'entre eux soit conforme au modèle et mène directement au modèle logique du Programme.

Rapport annuel

Pour répondre aux exigences en matière de reddition de comptes et de déclaration du PSDMCPNI, un rapport bisannuel pour 2000/01 et 2001/02 a été entrepris et devrait être terminé dans la première moitié de 2003/04. Le rapport s'appuie sur l'information recueillie avec l'outil de suivi, les plans de travail régionaux et national et des entrevues réalisées avec les membres des équipes de coordination régionales et nationale.

Études d'évaluation

Le comité consultatif sur l'évaluation (CCE) de SDMCPNI comprend des représentants de l'équipe nationale, de l'APN, de l'ITK, un Aîné des Premières nations et deux personnes de chaque région. La Division de l'évaluation de Santé Canada y participe également. Le CCE a mis sur pied trois études clés dans le cadre de la procédure d'évaluation des SDMCPNI. Le mandat a été formulé durant l'exercice 2002/03 pour l'Étude 1 et un conseiller en évaluation a été choisi pour les Études 2 et 3.

Étude 1 : Le PSDMCPNI a-t-il été mis en œuvre conformément aux plans établis?

Étude 2 : Le PSDMCPNI respecte-t-il les objectifs globaux fixés en matière de soins à domicile?

Étude 3 : Le PSDMCPNI répond-il aux besoins des Premières nations et des Inuits?

Des liens clés ont été établis avec l'évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, en partie en raison du chevauchement de personnel œuvrant au sein de ces deux programmes aux échelons des collectivités, des régions et du pays.

Un guide d'évaluation complet et convivial a été rédigé et distribué aux collectivités, au personnel du Programme et à d'autres intervenants de l'ensemble du pays. Il s'agissait d'aider les parties intéressées à comprendre le processus global d'évaluation des programmes. Plusieurs articles ont également été rédigés afin d'être inclus dans divers bulletins d'information des collectivités et du Programme de l'ensemble du pays pour mieux faire connaître la teneur et les objectifs du processus d'évaluation.

Prochaines étapes

Durant l'exercice 2002/03, on s'est employé à aider les collectivités à comprendre le rôle de l'évaluation et à les préparer à évaluer leurs programmes respectifs, une démarche que la plupart des collectivités entreprendront en 2003/04.

Une quantité importante de travail ayant été effectuée pour éduquer et former les collectivités en matière d'évaluation, l'exercice 2003/04 sera consacré à la poursuite des trois études clés et à aider les régions et les collectivités à évaluer leurs programmes respectifs.

LES RÉGIONS

Le pays est divisé en huit régions aux fins de la réalisation du programme de SDMCPNI. Dans chaque région, une équipe est chargée de coordonner le Programme, souvent en étroite collaboration avec une ou plusieurs organisations régionales des Premières nations ou des Inuits. (source : information du CWIS, 1997)

Région	Population des Premières nations et des Inuits	Nombre de collectivités	Population moyenne par collectivité
Pacifique	63 416	204	311
Alberta	58 305	58	1 005
Saskatchewan	52 168	84	621
Manitoba	67 556	62	1 090
Ontario	77 879	124	628
Québec	53 525	52	1 029
Atlantique	24 707	40	618
Territoires	44 180	74	597
Total – Canada	**441 736**	**698**	**633**

En 2002/03, la plupart des régions sont passées de la planification et de la mise en œuvre du Programme à des stratégies de prestation de services complets. Dans chaque région, un ensemble particulier de facteurs continue d'entourer la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire aux clients de chacune des collectivités

Voici quelques-uns des principaux facteurs en question :

Capacité actuelle de prestation des services

- Ce facteur comprend des éléments comme le nombre et le type de travailleurs de la santé et d'infrastructure.

Accès à la formation et fonds affectés à la formation

- La formation et les fonds pour la formation ont trait aux travailleurs actuels comme aux nouveaux travailleurs.

Avant 2002/03, le budget du Programme comportait des postes particuliers pour la formation et les immobilisations. En 2002/03, tous les fonds ont été attribués directement aux collectivités. Toutefois, les écarts budgétaires dans les régions où les collectivités n'étaient pas toutes en mode de prestation de services ont souvent été affectés à la formation et aux projets d'immobilisations.

Taille et isolement des collectivités

- On trouve des collectivités de petite taille et (ou) isolées dans la presque totalité des régions. Cet enjeu est cependant encore plus marqué dans certaines régions, notamment dans le Nord et en Colombie-Britannique.

Liens et partenariat

- Des partenariats et du lien ont été établis de façon élargie à l'échelle tant régionale que locale avec d'autres programmes de Santé Canada ou du gouvernement fédéral, des programmes et organismes provinciaux, d'autres organisations des Premières nations, des établissements d'enseignement et des organisations non gouvernementales (ONG), entre autres choses.

Ressources régionales consacrées au Programme

- Chaque région a reçu 250 000 $ pour la coordination régionale. D'autres sources de fonds issus d'autres budgets ont servi dans certaines régions à élargir le soutien régional. Les ressources régionales incluaient également des fonctions assumées par des employés d'autres organisations partenaires des Premières nations et des Inuits.

Voici une brève présentation des activités réalisées dans chaque région en 2002/03.

Pacifique

Fiche éclair

Population	63 416
Population moyenne par collectivité	311
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	204
Nombre de collectivités financées	200
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	91 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	86 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	81 %
% de collectivités recevant des services	75 %
% de la population recevant des services	s/o

2002/03

La région

La région du Pacifique (Colombie-Britannique) abrite plus de collectivités que toute autre région au pays. Bien qu'on y compte environ 30 % du nombre total des collectivités des Premières nations et des Inuits au pays, elle ne représente que moins de 15 % de la population totale desservie. Il s'agit donc de collectivités plutôt de très petite taille dont beaucoup sont isolées, vu la grandeur du territoire.

En 2002/03, la structure de base du Programme est restée la même que celle de l'année précédente dans la région du Pacifique. Le partenariat s'est poursuivi avec le Comité de santé des chefs des Premières nations (CSC). Le personnel du bureau de Santé Canada était composé d'un coordonnateur régional, d'une infirmière conseillère en soins à domicile et d'un adjoint administratif. Au CSC, même si le poste d'infirmière en soins à domicile a été conservé, celui de conseiller au développement est resté vacant pendant une bonne partie de l'année à la suite du départ de l'ancien titulaire. On a tenté non sans difficultés de recruter une autre infirmière conseillère en soins à domicile.

Aperçu : 2002/03

Le nombre de collectivités ayant atteint la phase avant la mise en œuvre et la phase de prestation des services complets du Programme s'est nettement accru. Des guides de politiques à l'intention des infirmières de soins à domicile, des préposés au soutien à domicile etun guide d'orientation à l'intention des infirmières en soins à domicile et leurs surveillantes ont été rédigés et distribués aux collectivités. Les appels conférences mensuels avec les infirmières prodiguant des soins à domicile ont débuté. L'équipe de soins infirmiers à domicile et en milieu communautaire de la C.B. a effectué des appels-conférences réguliers avec une infirmière de soins à domicile en chef engagée à contrat.

Un projet pilote de formation des formateurs, décrit ci-dessous, a été réalisé afin de permettre aux collectivités de former les membres des bandes à devenir des préposés au soutien à domicile dont la définition de tâches avait été modifiée. Même si le nombre de collectivités offrant des services complets s'est accru, l'outil Rapports statistiques sur la prestation des services (RSPS), que les collectivités offrant des services complets devaient utiliser, a demandé un surcroît de temps et d'énergie. Beaucoup de collectivités disposaient de ressources limitées pour mettre en œuvre cet outil statistique, qui a grugé un temps précieux chez le personnel.

Formation

Voici quelques-unes des activités de formation réalisées dans la région en 2002/03 :

- ***Projet pilote de formation des formateurs « Closer to Home » à l'intention des préposés aux soins à domicile***

  La région s'enorgueillit d'être parvenue à élaborer et à mettre en œuvre le programme de formation des formateurs à l'intention des préposés aux soins à domicile. Le projet pilote a été conçu à l'intention des apprenants au sein des collectivités incapables de suivre la formation habituelle de préposé au soutien à domicile pour diverses raisons. Les « formateurs » ont suivi trois sessions de formation d'une semaine, en octobre, novembre et janvier, à Vancouver.

À la suite de chaque session, les formateurs sont retournés dans leur collectivité pour transmettre leur savoir aux apprenants de la collectivité. Cette formule a permis à plusieurs petites collectivités éloignées d'offrir des services complets parce qu'elles disposaient de travailleurs capables de s'acquitter de certaines tâches restreintes, ce qui leur permettait d'offrir les éléments de services essentiels. Soixante-quinze pour cent des collectivités des Premières nations de la C.B. financées par le Programme étaient en mode de prestation de services complets à la fin de l'année.

- ***Formation des préposés au soutien à domicile***
- ***Formation en soins infirmiers à domicile***
- ***Formation sur l'outil Rapports statistiques sur la prestation des services***

  Cet aspect a inclus de la formation en personne sur une base individuelle ou en groupe ainsi que par téléconférence dans certains cas. Des ateliers ont été organisés dans cinq régions de la Colombie-Britannique à l'intention des collectivités parvenues aux phases deux ou trois afin de les former à l'usage du RRPS.

Liens et partenariat

Autorités sanitaires provinciales et régionales

La province s'est davantage intéressée au programme de SDMCPNI et s'est montrée plus encline à collaborer avec les Premières nations. Chaque instance sanitaire régionale s'est dotée d'un plan sur la santé des Autochtones. Dans certaines collectivités, les autorités sanitaires régionales ont offert des soins infirmiers à domicile et de la supervision.

AINC et province

Les partenariats avec AINC et la province ont été renforcés, et les parties ont davantage collaboré afin de pouvoir desservir les clients des SDMC ayant des besoins importants qui ne pouvaient être satisfaits à domicile, compte tenu des niveaux de financement actuels.

Ambulance Saint-Jean

Un partenariat avec l'Ambulance Saint-Jean a été établi pour un cours de soins familiaux à domicile.

Croix-Rouge

La Croix-Rouge a assumé un double rôle, en offrant des soins infirmiers à domicile et des services de traitement à une collectivité éloignée.

Anciens Combattants Canada et le programme des Services de santé non assurés (SSNA)

Des partenariats visant des dépôts de matériel ont également été établis avec l'aide d'Anciens Combattants Canada et Santé Canada (SSNA).

Éducation

Le Native Education Centre, une école de Vancouver, a collaboré avec la région afin d'élaborer et de dispenser le programme du projet pilote de formation des formateurs.

Premières nations

Le solide partenariat établi avec le comité de santé des chefs (CSC) des Premières nations s'est poursuivi.

Ressources élaborées et/ou distribuées

Les trois documents suivants ont été distribués aux collectivités :

- un guide des politiques à l'intention des infirmières en soins à domicile;
- un guide des politiques à l'intention des préposés au soutien à domicile;
- un guide d'orientation à l'intention des infirmières en soins à domicile et de leurs superviseurs

Une brochure sur le recours au bénévolat a été rédigée et distribuée aux collectivités afin de leur présenter des moyens pratiques d'intégrer les bénévoles au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Alberta

Fiche éclair

Population	58 305
Population moyenne par collectivité	1 005
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	58
Nombre de collectivités financées	57
% des évaluations des besoins qui sont terminées	100 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	100 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	100 %
% de collectivités recevant des services	100 %

2002/03

La région

Avec une moyenne légèrement supérieure à 1 000 habitants par localité, les 58 collectivités de l'Alberta ont tendance à être de plus grande taille que celles de la plupart des autres régions. Chacune des trois régions de la province visées par un traité (traité 6, traité 7 et traité 8) dispose de deux représentants au sous-comité de SDMC de la région de l'Alberta. Des représentants d'AINC et de la DGSPNI siègent également à ce comité.

À l'échelon régional, outre le poste de coordonnateur régional, un consultant en pratiques de soins à domicile a été embauché en février 2003. Le titulaire veille à la coordination des besoins en matière de formation et d'éducation, à l'élaboration d'un guide d'orientation et à l'examen des enjeux liés à la pratique, entre autres activités. Un stagiaire en gestion des soins à domicile a été embauché en mars 2003 pour assumer les tâches de coordonnateur régional puisque le titulaire du poste devait quitter son emploi à l'été 2003.

Il est resté cinq gestionnaires des soins infirmiers de zone dans la région de l'Alberta (deuxième niveau) et l'équipe de SDMC a poursuivi sa collaboration étroite avec les membres de ce groupe afin d'obtenir leurs avis, leurs conseils et leur soutien pour le programme, ses travailleurs et les directeurs de la santé.

Aperçu : 2002/03

En 2002/03, il y a eu 38 plans de travail représentant 44 Premières nations dans la province. Comme pour l'année précédente, on comptait 31 Premières nations indépendantes et 7 conseils tribaux. Comme presque toutes les collectivités avaient commencé à dispenser des services à la fin de l'année dernière, l'exercice 2002/03 a permis aux collectivités de renforcer les efforts dans la prestation des services et de tirer profit de l'expérience accumulée durant au moins une année complète dans l'exécution du Programme. Toutes les collectivités ont offert des services en 2002/03. Malgré les difficultés, les petites collectivités ont été capables d'offrir des programmes même avec des budgets relativement petits et d'avoir une infirmière en SDMC qui visite la collectivité au moins une journée par semaine.

Formation et conférences

Étant donné que c'était la première année, en 2002/03, qu'aucuns fonds n'avaient été réservés pour la formation et les immobilisations, le sous-comité de SDMC de l'Alberta, qui se réunit deux fois l'an, a reconnu la nécessité d'offrir une formation continue. Il a donc décidé de réserver 120 000 $ des accords de contribution régionaux pour la formation régionale. Les collectivités étaient toutefois tenues de fournir la formation en RCR, sur le SIMDUT et d'autres types d'activités de perfectionnement et de formation du personnel.

Recrutement et formation

- Le recrutement des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) n'a pas été de tout repos durant l'année, même si certaines bandes ont pu embaucher des infirmières en SDMC et d'autres membres de personnel avec un peu de soutien de la région. Le financement de la formation, des dépenses d'immobilisations et des services d'appoint comme les soins palliatifs et les soins de relève s'est également révélé difficile. Les collectivités et les conseils tribaux ont envisagé d'autres sources de financement ou ont exploré la formation de partenariats avec d'autres organisations afin de surmonter ces obstacles.
- Durant l'année, le nombre de membres du personnel en soins à domicile a atteint quelque 50 infirmières en soins à domicile, 24 infirmières auxiliaires autorisées et 100 préposés aux soins personnels.

Conférences de perfectionnement professionnel

- La région a accueilli des conférences sur les soins à domicile axées sur le perfectionnement professionnel des infirmières et infirmières auxiliaires en octobre et en décembre 2002, respectivement. Une conférence à l'intention des préposés aux soins personnels a également eu lieu durant l'année.

Formation des préposés aux soins personnels

- Les membres de bande ont été encouragés à suivre une formation de préposé aux soins personnels. Beaucoup de collectivités ont indiqué que les participants étaient enthousiastes, et planifiaient d'élargir leur formation pour devenir infirmière auxiliaire ou infirmière.

Autre formation

- Dans la province, les travailleurs de la santé ont reçu une formation en soins des pieds, traitement des plaies et gestion des cas.

Liens et partenariat

Certaines collectivités ont réussi à travailler de façon fructueuse avec des clients en soins palliatifs, en collaborant notamment avec les autorités sanitaires régionales respectives. Malgré un soutien financier minime, les collectivités ont collaboré avec les autorités sanitaires et ont reçu les conseils et le soutien des gestionnaires des soins infirmiers régionaux ou de zone. Le travail avec les familles et leur éducation sur la portée et les limites des soins à domicile ont été d'importantes tâches réalisées. On est ainsi parvenu à mieux sensibiliser et informer les membres des collectivités et les familles des clients face à cette problématique.

AINC

La collaboration entre le PSDMCPNI et AINC s'est poursuivie et un représentant du ministère a continué de siéger au sous-comité de SDMC de l'Alberta. Plusieurs collectivités ont poursuivi leur travail en vue d'intégrer le programme de soins aux adultes d'AINC au PSDMCPNI.

Royal Alexander Hospital, à Edmonton

Une collaboration entre le Programme et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a permis de partager les coûts des préposés aux soins personnels et des infirmières en soins à domicile. Le programme d'une semaine s'est déroulé en octobre 2002 et la plupart des collectivités ont envoyé au moins un préposé et la plupart des infirmières en soins à domicile pour y participer.

Capital Health Authority

Des discussions ont débuté afin d'explorer les possibilités de lien avec le programme de gestion des médicaments de la Capital Health Authority pour les préposés aux soins personnels.

Groupe de travail sur les fournitures médicales (SSNA)

Il s'agit du groupe de travail principal qui reste encore actif dans la région pour le Programme. Un projet pilote a été mis sur pied pour le début de l'exercice 2003/04. Le projet porte sur les changements aux politiques qui amélioreraient l'accès à certaines fournitures médicales et à certains équipements médicaux des SSNA en permettant au personnel infirmier d'autoriser directement l'attribution de ces fournitures et de ces équipements. Il s'agit de rendre la procédure plus efficace et d'offrir un accès plus rapide aux fournitures et à l'équipement, étant donné que l'accès à ce type d'articles constitue un volet essentiel du Programme. Les efforts ont porté sur les préparatifs en vue de réaliser des projets pilotes dans trois collectivités de l'Alberta et une collectivité de la Nouvelle-Écosse, qui devraient s'amorcer au début de l'exercice 2003/04.

Développement des ressources humaines Canada (DRHC)

Les collectivités ont eu accès à DRHC et aux services sociaux pour obtenir d'autres sources de financement permettant de bonifier les services fournis dans le cadre du Programme.

Ressources élaborées et distribuées

Plans de travail « génériques »

La mise en place d'un plan de travail « générique » a constitué l'un des changements les plus importants au Programme effectué en Alberta durant l'exercice 2002/03. La région est partie des objectifs du cadre national pour les soins à domicile et en milieu communautaire, y a joint des objectifs locaux et a fourni des exemples d'activités qui se rapportaient à ces objectifs. On a également mis au point des modèles de feuilles de calcul du budget dotées de catégories normalisées et détaillées. Ces plans de travail génériques et modèles de budget ont été distribués à toutes les collectivités, permettant de rationaliser la procédure de planification et de production de rapports pour les collectivités comme pour les travailleurs régionaux.

Guide pour le service de repas à domicile

Un guide a été rédigé et distribué aux collectivités intéressées à fournir ce service ou à améliorer le programme actuel de repas à domicile et qui étaient en mesure de le faire.

Matériel didactique

Des manuels de nursing ont été distribués selon la demande. Des fournitures médicales et de l'équipement médical comme des marchettes ont été ajoutés à un service de location de matériel à court terme aux clients des soins à domicile.

Guide du Programme

Toutes les collectivités et tous les conseils tribaux utilisent le guide du Programme et un conseil tribal l'a officiellement approuvé. Le manuel a servi à démontrer qu'il n'était pas prévu que le Programme rémunère les membres des familles, comme cela avait été fait auparavant.

Saskatchewan

Fiche éclair

Population	52 168
Population moyenne par collectivité	621
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	84
Nombre de collectivités financées	83
% des évaluations des besoins qui sont terminées	99 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	99 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	99 %
% de collectivités recevant des services	98 %
% de la population recevant des services	97 %

2002/03

La région

Pour l'exercice 2002/03, la région de la Saskatchewan est passée d'un modèle de développement à un modèle de prestation de services. Alors que le personnel de secteur du Programme avait privilégié les aspects liés à la planification et au développement communautaire, les postes de l'exercice 2002/03 ont davantage touché les compétences en soins infirmiers à domicile et le soutien connexe pour la prestation des services. Le personnel se composait d'un coordonnateur à plein temps à la Federation of Saskatchewan Indian Nations (FSIN) et de trois coordonnateurs de secteur à plein temps, soit un pour les districts nord, centre et sud respectivement.

Sauf pour le poste de coordonnateur régional relevant de la DGSPNI, tous les autres postes et titulaires ont changé. Alors qu'il y avait suffisamment de fonds pour payer le salaire de six personnes à temps plein, y compris un employé de bureau, en 2001/02, le budget a été réduit à trois postes en 2002/03. Les trois conseillers en soins infirmiers à domicile ont tous été engagés à temps partiel, un pour le nord, un autre dans le district centre et le dernier, dans le sud. Même s'ils se partageaient les districts nord, centre et sud, ces employés se sont concentrés sur le soutien de troisième niveau.

Formé au début des années 1990, le groupe de travail sur les soins à domicile des Premières nations de la Saskatchewan est resté actif en 2002/03. Créé par l'intermédiaire de la FSIN, le groupe se composait surtout, en 200/03, de personnel en soins à domicile de la province. Ce groupe autonome a continué à se réunir tous les mois; environ 30 personnes assistaient aux rencontres mensuelles.

Aperçu : 2002/03

Les programmes ont dispensé des services complets en Saskatchewan et les collectivités qui avaient commencé à desservir leur population au cours de l'année précédente ont élargi les services offerts. Essentiellement, les collectivités offrant des services au cours des exercices 2001/02 et 2002/03 ont vu leurs programmes mieux fonder leurs assises au cours de l'exercice financier.

Malgré la réduction du nombre de postes régionaux de soutien aux collectivités au sein du Programme, trois infirmières compétentes ont été recrutées pour travailler à temps partiel. À l'échelon de la collectivité, le programme a attiré davantage de personnel bien qualifié, ce qui a permis de servir encore plus de clients. Dans le district sud, par exemple, 86 clients avaient reçu des soins à la fin de 2002/03, comparativement à 18 durant la même période un an auparavant.

Les clients ont pu accéder aux services grâce à un système structuré d'aiguillage, d'évaluation et de soins planifiés, offrant une meilleure accessibilité à tous les habitants des réserves. La gamme de services de base s'est élargie et des efforts de promotion de la santé ont été déployés dans de nombreux cas. Des groupes de soins infirmiers intra et inter-régionaux ont continué à se rencontrer pour discuter des enjeux relatifs au Programme dans les différentes régions de la province.

Certaines collectivités, tout particulièrement dans le Nord, ont cependant connu un important roulement de personnel. La plupart des collectivités de la province disposaient d'infirmières spécialisées en soins à domicile mais les infirmières en santé communautaire ont continué à jouer un double rôle dans les collectivités plus petites. Elles étaient souvent responsables des secteurs communautaires et de soins à domicile à la fois.

Le fait d'avoir pu assurer que toutes les collectivités aient un accès direct à des services de consultation et de soutien en nursing de deuxième niveau (c.-à-d. par la tribu ou de deuxième niveau par le truchement de la DGSPNI) a constitué un important acquis durant l'année. À la fin de l'exercice 2002/03, toutes les infirmières en SDMC pouvaient communiquer avec un professionnel pour obtenir un soutien dans leur pratique. Dans les secteurs centre et sud, certaines collectivités ont été incapables de fournir des services de consultation et de soutien en nursing aux infirmières chargées des soins à domicile. On a élaboré un système dans lequel ces collectivités pouvaient recevoir un soutien moyennant des honoraires qui étaient inclus dans les accords de contribution. Par exemple, à Fort Qu'Appelle, une infirmière a dispensé des services-conseils sur la pratique mais elle a également donné un coup de main dans les soins courants donnés à cinq collectivités.

Formation et conférences

Comme dans toutes les régions, il s'agissait de la première année pour laquelle les fonds du Programme national n'étaient pas spécifiquement alloués à la formation et aux projets d'immobilisations. Certaines collectivités ont été incapables de répondre aux besoins en formation continue, tout particulièrement pour la formation des nouveaux préposés aux soins de santé à domicile et la formation continue du personnel.

Formation sur les RSPS

- Deux séances de formation ont été organisées sur les rapports statistiques sur la prestation des services (RSPS). La première a eu lieu en juin 2002 et plus de 80 représentants des collectivités y ont assisté. En mars 2003, trois séances ont eu lieu, une dans chaque district (nord, centre et sud). Les collectivités étaient encore invitées à envoyer au moins un représentant.

Formation en atelier sur le modèle logique

- L'équipe d'évaluation nationale a dispensé une formation sur le modèle logique et d'autres aspects de l'évaluation à une trentaine d'employés des volets régionaux et communautaires du programme.

Nord

- Deux conférences ont eu lieu dans le nord, une pour les soins infirmiers à domicile et l'autre pour les auxiliaires familiales. Divers programmes de formation liés à l'enseignement infirmier ont été facilités par l'intermédiaire d'établissements d'enseignement postsecondaire. Le secteur nord a continué à explorer des moyens d'offrir de la formation continue aux auxiliaires familiales.

Centre

- Des ateliers sur divers sujets ont été offerts aux travailleurs du secteur centre, notamment des cours sur la supervision de la gestion du leadership, la rédaction de politiques, la thérapie intraveineuse, l'évaluation, la télémédecine (par l'intermédiaire du Conseil tribal des Battlefords et le Dr Tobe) et le traitement des plaies (par l'intermédiaire de Convatec).
- Un cours de formation et un programme de mise à jour pour les préposés aux soins de santé à domicile ont été offerts, ce dernier grâce à un partenariat avec le Saskatchewan Indian Institute of Technology.

Sud

- Dans le sud, les dollars pour la formation de démarrage des années précédentes ont conduit à la remise de diplômes d'auxiliaires familiales, dont au moins une avec accréditation par collectivité. De la formation sur la consignation des notes au dossier, les soins des pieds et le soin du dos a également été dispensée aux auxiliaires familiales.
- Un programme d'éducation sur le diabète a été offert aux travailleurs de la santé. Les infirmières autorisées ont reçu une formation sur le soin des plaies, le virus du sida, le soin des pieds et le syndrome d'alcoolisme fœtal.
- Des ateliers sur le mieux-être ont été organisés tous les mois et des ateliers sur les soins aux pieds ont été offerts aux membres du public de plusieurs collectivités.

Liens et partenariat

AINC

Le travail a porté sur la production de rapports conjoints. Un formulaire financier commun a été créé et le travail d'élaboration d'un formulaire de collecte de données et de statistiques se poursuit.

Groupe de travail sur les soins à domicile

Le groupe de travail a partagé de l'information et s'est intéressé à des initiatives régionales se déroulant dans les réserves comme la tenue des dossiers, les politiques et les procédures.

Premières Nations

Le réseautage parmi les représentants des Premières nations dans la région de la Saskatchewan s'est poursuivi, les travailleurs établissant des liens avec d'autres travailleurs de la santé, des collectivités, des conseils tribaux et des organisations.

Les leaders de la collectivité, les clients et les familles ont appris à mieux connaître le Programme et ses différences par rapport au système précédent. Les collectivités ont élaboré des programmes en fonction de leurs besoins particuliers, avec l'apport des membres de la collectivité et en collaboration avec d'autres secteurs de la collectivité comme l'éducation et d'autres domaines de la santé, en bénéficiant du soutien des dirigeants de bandes.

Autorités sanitaires régionales et provinciales

Des liens pour faciliter l'accessibilité aux services ont été établis avec les autorités sanitaires et le partenariat avec le programme de soins à domicile provincial s'est poursuivi afin d'élargir certains des objectifs du PSDMCPNI. Les communications avec les médecins de la région se sont améliorées afin de faciliter le continuum des soins prodigués aux clients.

Projet sur le diabète

Le Conseil tribal de Battleford (CTB) du centre de la Saskatchewan a participé à une recherche sur le diabète par le truchement d'une équipe de soins à domicile collaborant avec un hôpital de Toronto.

Éducation

Les partenariats se sont poursuivis avec des établissements d'enseignement comme le Saskatchewan Indian Institute of Technologies (SIIT) et le Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology (SIAST) pour offrir des programmes de formation respectueux des cultures autochtones. Des liens ont également été établis avec l'enseignement infirmier continu dans la province.

Équipe de recherche de solutions en cybersanté

Durant la dernière partie de l'exercice financier, des liens ont été établis dans le domaine de la cybersanté aux échelons national et régional, tout particulièrement pour faciliter la collecte de données. Une formation a été offerte en mars 2003 et du matériel a été fourni là où cela était essentiel. La Cybersanté a mis en place les ordinateurs et une installation préliminaire de l'outil Rapports statistiques sur la prestation des services a été effectuée.

Services de santé non assurés (SSNA)

Les activités de lien avec le SSNA dans la région ont inclus des exposés et des réunions.

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Les deux programmes ont exploré des moyens d'assurer la continuité des soins et de l'éducation des clients atteints de diabète.

Santé communautaire

Des efforts de collaboration et de communication ont été déployés avec les infirmières en santé communautaire et les représentants en santé communautaire dans plusieurs collectivités.

Ressources élaborées et/ou distribuées

Procédure d'examen des dossiers

Une démarche d'examen des dossiers, qui incluait la révision de tous les formulaires de base et l'élaboration d'un livret de lignes directrices sur la tenue des dossiers, a constitué une importante initiative en 2002/03. Parce que les formulaires dataient de quelques années déjà, leur mise

à jour était requise. Le groupe de travail sur les soins à domicile a mis sur pied un comité bénévole chargé d'étudier cet enjeu et a embauché un consultant en faisant appel aux ressources régionales. Des exemplaires ont été produits et distribués à tous les programmes de l'ensemble de la province.

Guide de politiques

Un travail de révision du guide des politiques de SDMCPNI a été entrepris. La seconde version du document a été distribuée pour commentaires l'objectif étant de finaliser le document durant l'exercice 2003/04.

Manuel de soins infirmiers

Un manuel approprié a été localisé et recommandé.

Brochures

Dans le sud, des questionnaires et des brochures concernant le programme mis au point localement ont été distribués.

Manitoba

Fiche éclair

Population	67 556
Population moyenne par collectivité	1 090
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	62
Nombre de collectivités financées	62
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	100 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	98 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	90 %
% de collectivités recevant des services	68 %
% de la population recevant des services	79 %

2002/03

La région

La province de l'Ontario est la seule dont la population des Premières nations vivant sur des réserves dépasse celle du Manitoba. Les collectivités du Manitoba sont plutôt grandes, et on compte presque autant de collectivités de plus de 1 000 habitants que de collectivités de moins de 1 000 habitants.

En 2002/03, un poste de commis de soutien au programme a été ajouté à l'équipe régionale, surtout pour exécuter les tâches administratives, qui augmentaient en raison des besoins liés à la collecte de données et la cybersanté. En plus des quatre membres de l'équipe régionale, les sept coordonnateurs des SDMC à l'échelon des conseils tribaux sont restés en poste.

Des rencontres trimestrielles ont eu lieu entre les coordonnateurs de la région et des conseils tribaux. Ces réunions de deux jours tous les quatre mois comportaient des séances de remue-méninges, des mises à jour, de la planification stratégique ainsi que des ateliers et de la formation. La région a participé à un groupe de travail pour les collectivités petites et éloignées ainsi qu'au comité consultatif national sur l'évaluation.

Aperçu : 2002/03

À la fin de 2002/03, plus des deux tiers des collectivités des Premières nations du Manitoba avaient atteint la phase de prestation des services du Programme. Comparativement à l'année précédente, le travail a davantage porté sur la planification de la mise en œuvre et la prestation des services que sur l'élaboration des plans qui s'est déroulée en 2001/02.

Des rapports d'information trimestriels sur le Programme ont été présentés à l'Assembly of Manitoba Chiefs et au personnel du Programme. Le personnel du Programme aux échelons régional et des conseils tribaux a consacré beaucoup de temps à visiter les 62 collectivités de la province.

Le financement de deuxième niveau pour les sept coordonnateurs des SDMC à l'échelon des conseils tribaux a constitué un volet essentiel du Programme dans la région. Les titulaires de ces postes ont contribué

à la planification et à la mise en œuvre du Programme de même qu'à la coordination des communications, de la formation et des projets d'immobilisations et à l'organisation des ateliers, entre autres responsabilités.

Le processus d'examen par les pairs s'est poursuivi et a favorisé l'élaboration de plans de travail solides pour les collectivités et l'obtention d'un financement équitable et légitime. Le comité d'examen par les pairs s'est réuni tous les mois durant l'année.

L'évaluation des clients et la gestion des cas ont permis d'améliorer grandement l'accès aux services étant donné que ces mesures ont permis de mieux cerner les besoins, conformément aux plans de prestation des services.

L'outil Rapports statistiques sur la prestation des services (RSPS) élaboré par l'équipe nationale n'a pas été utilisé au Manitoba. La région a continué à utiliser un modèle de déclaration qu'elle avait élaboré et employé auparavant pour présenter les données à communiquer.

Recrutement et maintien en poste

En ce qui concerne la dotation au sein de la collectivité, le recrutement des infirmières en soins à domicile s'est bien déroulé mais leur maintien en poste devient de plus en plus difficile. L'embauche d'infirmières en soins à domicile, 52 en tout, a grandement accru l'accès aux services dans l'ensemble de la province. En plus des infirmières, environ 300 auxiliaires familiales ont été embauchées.

Les coordonnateurs à l'échelon régional et des conseils tribaux ont déployé beaucoup d'efforts pour coordonner et appuyer la formation des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). Les services de premier et un deuxième niveau ont fourni les ressources humaines requises, tout particulièrement autour du personnel infirmier, pour appuyer la réalisation du programme. Ils ont facilité le maintien de communications constantes entre le chef et le conseil, les programmes et les régions et ont assuré le leadership au sein de la collectivité en plus d'aider les collectivités à s'acquitter de leurs tâches et de faciliter la formation et l'orientation.

Projets d'immobilisations

Les projets d'immobilisations se sont poursuivis en utilisant les écarts budgétaires. On a procédé à des rénovations pour accueillir le programme, à l'aménagement d'installations à l'intention des professionnels de la santé et à l'achat de certaines fournitures et de certains appareils essentiels.

L'aménagement des infrastructures a constitué un enjeu majeur. Les projets d'immobilisations ont permis de mettre en place des installations pour accueillir les professionnels de la santé.

Formation et conférences

Conférence nationale des partenaires

- Les partenaires des Premières nations ont organisé leur propre conférence nationale indépendante sur les soins à domicile et en milieu communautaire, sous les auspices de l'Assemblée des Premières nations (APN). Le personnel régional du programme de la DGSPNI a assisté aux réunions étant donné que la conférence a eu lieu à Winnipeg.

Formation des infirmières auxiliaires autorisées

- À la suite du succès du projet de formation des infirmières auxiliaires autorisées de l'année précédente dans le nord, un cours de formation régional des IAA a débuté dans le sud avec 31 élèves.

Liste de vérification et atelier sur le plan de mise en œuvre

- Une liste de vérification pour le plan de mise en œuvre de la prestation des services a été élaborée à l'échelon régional à l'intention des coordonnateurs des conseils tribaux. Deux ateliers ont eu lieu dans le nord. Les collectivités nordiques vivent des défis particuliers et ces ateliers visaient à les aider à élaborer et à mettre en œuvre leurs plans et leurs stratégies de prestation des services.

Ateliers sur la collecte de données

- Plusieurs ateliers ont été organisés sur les données à recueillir et les rapports à produire dans le cadre du Programme.

Autres

- Un certain nombre de cours de formation professionnelle ont été offerts aux divers fournisseurs de services et conseils tribaux dans les domaines suivants : ressources humaines, planification, politiques et procédures, prévention des infections, manipulation des aliments à la maison, évaluations des clients et gestion des cas, entre autres sujets.

Liens et partenariat

Éducation

L'Assiniboine Community College est l'établissement provincial chargé de la formation des IAA.

Autorités sanitaires provinciales et régionales

Des partenariats ont été établis avec le bureau sanitaire régional de Winnipeg dans les domaines des services de santé offerts aux Autochtones. Par exemple, les différentes instances doivent s'organiser lorsqu'un patient d'une réserve se rend à Winnipeg pour suivre un traitement médical. Il faut régler plusieurs enjeux comme l'organisation du séjour, le transport médical, la planification du congé, l'hébergement, etc.

College of Licensed Practical Nurses

Une occasion d'établir un partenariat avec le Collège s'est présentée lorsque Winnipeg a accueilli la deuxième conférence annuelle des IAA.

AINC

Un exposé fait devant des représentants du ministère a constitué le seul contact au cours de l'année.

Autres programmes de Santé Canada

La quatrième année du Programme a été marquée par l'accroissement des possibilités de collaboration avec d'autres programmes comme l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) et le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits. La participation à l'échelon régional a été moins marquée avec le programme des Services de santé non assurés (SSNA) et avec le Bureau des services infirmiers, même si certains exposés ont été faits devant ce dernier, à sa demande.

Ressources élaborées et/ou distribuées

Voici quelques-unes des ressources qui ont été élaborées et/ou distribuées au Manitoba durant la période couverte :

- Liste de vérification du plan de mise en œuvre de la prestation des services
- Guide de procédures administratives du programme régional des SDMC (à partir de l'information de l'atelier de St-Elizabeth)
- CD ROM/disquettes avec guides de l'utilisateur pour l'outil de collecte des données sur les Premières nations du Manitoba
- Plans de prestation des services génériques élaborés surtout à l'attention des collectivités rendues au stade du développement
- Des objectifs, des activités et des données génériques à communiquer ont été élaborés et distribués afin d'informer les travailleurs du Programme des exigences en matière de déclaration.

Ontario

Fiche éclair

Population	77 879
Population moyenne par collectivité	628
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	124
Nombre de collectivités financées	121
% des évaluations de besoins qui sont terminées	94%
% de collectivités ayant présenté leurs plans	90 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	86 %
% de collectivités recevant des services	56 %
% de la population recevant des services	n/d

2002/03

La région

La province la plus peuplée du Canada est également celle qui abrite le plus grand nombre de membres des Premières nations vivant sur des réserves. Environ 18 % des collectivités et de la population des Premières nations et des Inuits desservies par le Programme habitent la région. Plus des deux tiers des collectivités de l'Ontario sont petites, et les programmes sont gérés soit par le Conseil tribal, soit par une entité indépendante.

En plus du coordonnateur régional de la DGSPNI, trois coordonnateurs de secteur restent au sein du Programme. Un employé de soutien de la DGSPNI a été ajouté à l'équipe, surtout pour transposer les données des rapports statistiques sur la prestation des services. On compte également une infirmière conseillère qui travaille avec les collectivités du secteur nord-ouest de la province.

La DGSPNI a continué sa collaboration avec les chefs de l'Ontario et les cinq organisations provinciales suivantes :

- Association of Iroquois and Allied Indians
- Grand Council Treaty 3
- Independent First Nations
- Nishnawbe-Aski Nation (NAN)
- Union of Ontario Indians

Aperçu : 2002/03

À la fin de mars 2003, on comptait 68 collectivités ontariennes en mode prestation de services complets, et 30 collectivités prêtes à offrir des services au début de 2003/04, comparativement à 13 collectivités en mode prestation de services à la fin de 2001/02. Après quatre années d'évaluation, de planification et les premiers stades de la prestation des services, les travailleurs avaient approfondi leurs connaissances et acquis une meilleure compréhension du Programme.

Le Programme étant davantage intégré au sein des collectivités, celles-ci étaient plus à même de comprendre les différents processus et stades ainsi que les exigences s'y rapportant. Les communications se sont améliorées avec l'accroissement du réseautage et le personnel du Programme à tous les échelons a exploré des moyens de faire face aux enjeux et aux défis.

La région de l'Ontario a effectué un examen du programme pour 12 Premières nations qui avaient commencé à offrir des services complets depuis plus d'une année. L'examen a porté sur les processus et les résultats (c.-à-d. est-ce que les collectivités livraient les éléments des services essentiels?). L'examen a révélé que la très grande majorité des collectivités obtenaient d'excellents résultats. Les difficultés éprouvées par les deux collectivités en matière d'assurance responsabilité ont pu être résolues. L'examen a été réalisé par un consultant qui avait de l'expérience dans les soins à domicile et auprès des Premières nations. Le rapport final devrait être présenté en 2003/04 et l'on prévoit le diffuser à grande échelle.

À mesure que les collectivités progressent dans la réalisation des objectifs et accumulent de l'expérience, on constate que le Programme gagne en ampleur, qu'il dispose de plus de personnel et d'une meilleure infrastructure pour fournir les services et qu'il rejoint une plus vaste clientèle. Parallèlement, les dirigeants des collectivités comprennent de mieux en mieux le Programme et les avantages qu'il peut procurer.

Formation

En raison d'un écart budgétaire relativement important en 2002/03, les collectivités ont été invitées à soumettre des propositions pour recevoir jusqu'à 10 000 $ pour des initiatives en matière de formation. Il fallait utiliser un modèle tiré du guide de formation pour présenter la demande de fonds. De nombreuses collectivités ont présenté une demande et ont reçu des fonds pour des initiatives surtout axées sur la formation des préposés aux services de soutien personnel. En tout, plus de 900 000 $ issus de l'écart budgétaire ont été affectés à la formation.

De la formation a été dispensée sur les sujets suivants en 2002/03 :

- Programme d'études sur la santé des Premières nations
- Secourisme opérationnel
- Certificat de préposé à la manutention des aliments
- La manipulation des aliments par le personnel soignant
- Gérontologie –programme d'études supérieures multidisciplinaires
- Programme d'accréditation – aide aux endeuillés

- Protocole d'orientation vers les soins à domicilie et en milieu communautaire
- Leadership – gestion en sciences de la santé
- Amélioration de la gestion des soins de santé dans les collectivités autochtones
- Cours pour les moniteurs d'éducation physique auprès des aînés
- Soutien aux personnes ayant un diagnostic mixte
- Gestion de la qualité totale/assurance de la qualité
- Emploi judicieux des médicaments à la maison
- Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail
- Promotion de la santé au travail/soutien aux personnes en deuil
- Soins des plaies

Gestion des cas

- Par l'entremise des chefs de l'Ontario et de l'université McMaster, un programme de gestion des cas a été adapté à la culture des Premières nations et deux sessions de six jours ont été offertes en décembre 2002. En tout, 137 personnes ont suivi les cours et au moins une personne par collectivité y a assisté.

Rapports statistiques sur la prestation des services

- Une formation sur l'outil Rapports statistiques sur la prestation des services a été dispensée aux collectivités qui offraient des services. On prévoit que de la formation devra également être offerte aux collectivités qui ne sont pas encore rendues à cette étape et si d'autres changements sont apportés à l'outil en raison d'une révision.

- De la formation a été dispensée à Ottawa et une ligne d'aide téléphonique a par la suite été mise en place. L'écart budgétaire a été affecté à l'achat d'ordinateurs pour toutes

les Premières nations qui ne disposaient pas du matériel et/ou des logiciels appropriés. Malgré la formation et le nouvel équipement, on a connu divers problèmes avec cet outil statistique.

Projets d'immobilisations

Bien que l'écart budgétaire a surtout été consacré à la formation, une partie a été partagée entre divers projets d'immobilisations comme l'achat de mobilier de bureau, de treuils Hoyer et de lits spécialisés. Comme pour la formation, les collectivités ont soumis des demandes de fonds pour l'achat des fournitures et de l'équipement supplémentaires.

Liens et partenariat

Les activités de partenariat et de lien se sont élargies durant l'année dans la mesure où les collectivités ont appris à mieux connaître le Programme, ses objectifs et sa portée. Les partenaires ont réalisé de plus en plus que, s'ils se rallient efficacement, tous en profiteront, employés, clients ou collectivités.

Chefs de l'Ontario et organismes provinciaux

Les discussions et les efforts de planification se sont poursuivis avec les chefs de l'Ontario et les organismes provinciaux. Le comité d'examen par les pairs s'est transformé en conseil consultatif en raison du passage du programme de l'étape de la planification à celle de la prestation des services.

Ministère provincial/Centres d'accès aux soins communautaires

Des protocoles d'entente ont été établis à l'échelon local avec le ministère provincial de la Santé et les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) sur des enjeux comme les orientations et le soutien. La province exploite 43 CASC sur son territoire pour l'ensemble de ses habitants.

Des efforts ont été déployés afin de réunir les divers organismes subventionnaires pour une discussion. À l'échelon provincial, il s'agit des CASC et du ministère de la Santé, AINC et Santé Canada se situant au

palier fédéral. Il a été question d'utiliser un seul rapport sur les dépenses et un seul rapport d'information pour tous les bailleurs de fonds.

Établissements d'enseignement

Outre le cours de gestion des cas offert par le truchement de l'université McMaster, à Hamilton, des partenariats ont été établis avec d'autres établissements d'enseignement qui offrent de la formation aux préposés aux soins personnels.

Autres programmes de Santé Canada

Des efforts de collaboration et des discussions ont eu lieu avec d'autres programmes de Santé Canada à l'échelon local et régional comme l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, le Bureau des soins infirmiers et le groupe de Cybersanté. Des discussions ont également eu lieu avec la Santé communautaire afin d'explorer les possibilités de mentorat et de soutien entre les infirmières des SDMC et les infirmières de la santé communautaire, tout particulièrement dans le domaine de la supervision des préposés aux soins personnels.

Santé environnementale

La nécessité de mieux éduquer la population sur les enjeux liés à la santé environnementale au moyen du SIMDUT et du programme d'élimination Sharpes est ressortie de l'évaluation du programme qui a été effectuée. Des enjeux comme le mode d'élimination sécuritaire des pansements, du matériel souillé et des seringues ont été abordés.

AINC

Peu de liens ont été établis avec AINC tant à l'échelon régional que local. Un organe tripartite formé de Santé Canada, d'AINC et des Premières nations est en place. Le ministère ontarien de la Santé administre les services d'entretien domestique sur les réserves mais les fonds proviennent d'AINC.

VON

Certaines collectivités de l'Ontario ont travaillé avec les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON) pour offrir des soins infirmiers à domicile.

Ressources élaborées et distribuées

Voici les ressources qui ont été élaborées ou distribuées aux collectivités de l'Ontario durant l'exercice 2002/03 :

- Manuel de soins palliatifs
- Voici les lois régissant l'emploi en Ontario
    - Loi sur les normes d'emploi de l'Ontario (2000)
    - Loi sur le consentement aux soins de santé (1996)
    - Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses (1990)
    - Loi sur les soins de longue durée (1994)
    - Loi sur les procurations (1990)
    - Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui (1992)
    - Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (1997)
    - Loi sur les professions de la santé réglementées (1991)
    - Loi sur les relations de travail (1995)
- Normes de pratique en soins infirmiers
- Éthique des soins infirmiers en Ontario
- Ordinateurs et copies papier pour la formation sur les RSPS
- Manuel de gestion des cas (pour le programme de formation de McMaster)
- Document sur les politiques et les procédures de l'Association ontarienne de soutien communautaire

Québec

Fiche éclair

Population	53 525
Population moyenne par collectivité	1 029
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	52
Nombre de collectivités financées	51
% des évaluations des besoins qui sont terminées	98 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	98 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	98 %
% de collectivités recevant des services	98 %
% de la population recevant des services	99 %

2002/03

Dans la région du Québec, les collectivités des Premières nations regroupent 85 % de la population des Premières nations et des Inuits de la région. Les 38 collectivités des Premières nations représentent dix Premières nations. La plus grande collectivité est Kahnawake, près de Montréal, qui compte plus de 7 000 habitants sur la réserve même.

Environ 15 % de la population desservie est inuite et vit dans les collectivités inuites de la région du Nunavik. Parmi les quatorze collectivités inuites, quatre comptent plus de 1 000 habitants; les autres sont plus petites, la collectivité la moins peuplée ayant 125 personnes.

La région

La collaboration continue avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) constitue un volet du PSDMCPNI au Québec. Ces deux organisations jouent un rôle essentiel dans la planification, la mise en œuvre et la surveillance du Programme.

Les collectivités inuites sont reliées ensemble par le truchement de la RRSSSN. Si l'on excepte les neuf collectivités cries, les autres collectivités des Premières nations administrent le Programme de façon indépendante.

Des comités ont été mis sur pied au début du processus pour établir les modalités de distribution des fonds aux collectivités. La moitié environ des collectivités de la province sont considérées comme étant petites et isolées.

Le Nunavik

La région du Nunavik est située au Nord du 55e parallèle dans la province du Québec. Près de 8 000 Inuits habitent sur ce territoire, au sein de 14 collectivités. Avec quelque 1 500 habitants, Kuujjuaq est le centre administratif de la région.

Vu l'absence de routes reliant les collectivités, l'avion et le bateau constituent les principaux moyens de déplacement entre la région et le Sud.

Source : www.tapirisat.ca

La CSSSPNQL

La CSSSPNQL est dirigée par un conseil d'administration élu par l'assemblée générale. Le conseil s'acquitte de toutes les responsabilités que lui confère l'Assemblée générale des Premières nations du Québec et du Labrador. Le conseil d'administration rend compte aux chefs de l'Assemblée des Premières nations du Québec et du Labrador ainsi qu'à l'Assemblée générale.

Voici quelle est la mission de la CSSSPNQL :
Améliorer le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations et des Inuits dans le respect de leur culture et autonomie locale. En aidant les Communautés qui le désirent, à mettre sur pied, développer et faire avancer des programmes et des services globaux de santé et de services sociaux adaptés et conçus par des organismes des Premières Nations et des Inuits.

Source : www.csssnpql.com

La RRSSSN

La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik est responsable de l'administration et de la prestation des services de santé et des services sociaux aux résidants de la région du Nunavik.

Atlantique

Fiche éclair

Population	24 707
Population moyenne par collectivité	618
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	40
Nombre de collectivités financées	40
% des évaluations de besoins qui sont terminées	100 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	100 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	100 %
% de collectivités recevant des services	80 %
% de la population recevant des services	79 %

2002/03

La région

Réparties dans les provinces, les collectivités de la région de l'Atlantique comptent des populations des Premières nations, inuites et innues. Les collectivités sont plutôt petites, et la moitié d'entre elles comptent environ moins de 500 habitants.

Province	Nombre bre de collectivités des Premières nations	Nombre de collectivités inuites	Nombre de collectivités innues
Île-du-Prince-Édouard	2	—	—
Nouveau- Brunswick	17	—	—
Nouvelle-Écosse	13	—	—
Terre Neuve et Labrador	1	5	2

En plus d'un gestionnaire de programme (le coordonnateur régional) fourni par le bureau régional de la DGSPNI, la région compte un poste de soutien administratif à la DGSPNI. Deux coordonnateurs de secteur, employés par des organisations des Premières nations, continuent d'œuvrer pour le programme dans la région.

L'un des coordonnateurs se trouve en Nouvelle-Écosse et il coordonne le programme pour les 21 collectivités de la Nouvelle-Écosse et de Terre Neuve et Labrador. La population totale desservie est d'environ 15 000 habitants. L'autre coordonnateur travaille depuis le Nouveau-Brunswick et dessert les 17 collectivités de la province et les deux collectivités de l'Île-du-Prince-Édouard, soit une population totalisant environ 10 000 personnes.

Aperçu : 2002/03

L'exercice 2002/03 a été fort fructueux dans la région de l'Atlantique : en effet, environ 80 % des collectivités étaient en mesure d'offrir des services à la fin de l'année. On a observé une hausse correspondante des demandes d'aiguillage et de la sensibilisation à l'égard du Programme. Même si la région compte 40 collectivités réparties dans quatre provinces, le nombre relativement petit de communautés a permis aux travailleurs régionaux d'effectuer des visites en personne, de mettre sur pied des groupes de travail et d'aider à élargir la capacité des collectivités. Avec les années, la confiance des travailleurs s'est accrue et le sentiment d'isolement des collectivités a commencé à diminuer et celles-ci comprennent de mieux en mieux en quoi consiste le Programme.

Avant le PSDMCPNI, très peu de services à domicile étaient offerts aux habitants de la région. Depuis la mise en œuvre des services, les clients reçoivent des services en fonction de l'évaluation de leurs besoins plutôt que d'avoir à se faire traiter à l'hôpital. Dans certains cas, les attentes à l'égard du type de services offerts et de leur envergure étaient même plus élevées que la capacité du Programme.

La plupart des collectivités disposent maintenant de personnel, notamment des infirmières et des préposés au soutien à domicile. Les clients sont maintenant évalués à partir de lignes directrices bien établies.

Projets pilotes

Plusieurs projets pilotes ont été réalisés dans la région durant l'exercice 2002/03. En voici un bref exposé :

Projet « Palm Pilot »

L'équipe nationale a confié à une entreprise le mandat de mettre à l'essai l'usage de l'ordinateur de poche Palm Pilot à l'échelon des collectivités pour les soins à domicile. Les préposés au soutien à domicile d'une collectivité du Nouveau-Brunswick et des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées en soins à domicile d'une collectivité de la Nouvelle-Écosse ont participé au projet. Le projet a pris fin en juin 2002.

Projet pilote post-hospitalisation

Cinq bandes micmaques du Cap-Breton ont participé à ce projet évalué à partir de données empiriques. La province de la Nouvelle-Écosse hésitait à y participer au début et à prêter du personnel hospitalier, en partie, parce qu'elle craignait une hausse de la charge de travail requise. Avant la réalisation du projet, il y avait des lacunes dans le service entre le congé et le retour des gens dans leur collectivité en partie à cause de problèmes de communication. Les coordonnateurs des collectivités du Cap-Breton se sont adressés aux autorités provinciales pour voir si le personnel de soutien à domicile ferait une évaluation des clients des Premières nations et les coordonnateurs ont mis au point un outil pour recueillir l'information. Malgré quelques obstacles, la province a offert un bon soutien et toutes les parties concernées espèrent élargir le projet à la grandeur de la province en 2003/04.

Le projet a également permis de démontrer qu'il était important de se doter d'un cadre pour le programme, en montrant aux représentants provinciaux les réalisations et les résultats à atteindre pour le programme et la nécessité de fonctionner en partenariat.

Groupes de travail

Les membres des groupes de travail se sont rencontrés tous les mois, en personne ou par téléconférence; les premiers avantages ont été le partage de l'information entre les collectivités, le soutien apporté et la réduction des sentiments d'isolement. Des exposés de conférenciers et de la formation spécialisée ont également été offerts aux coordonnateurs de la collectivité, dont la plupart avaient une formation en nursing. La plupart des autres coordonnateurs étaient des directeurs de la santé.

Voici les personnes qui ont siégé au comité directeur régional de SDMCPNI :

- chacune des quatre organisations politiques des Premières nations et des Inuits;
- un représentant innu;
- des représentants de la DGSPNI;
- un représentant du projet pilote d'origine de SDMCPNI réalisé dans une collectivité de la Nouvelle-Écosse.

Formation

Comme dans toutes les autres régions, la formule de financement a changé en 2002/03, tous les fonds allant aux collectivités et aucun crédit n'étant réservé comme tels aux projets d'immobilisations ou à la formation. Il a donc quand même fallu répondre à ces besoins, tout particulièrement au sein des plus petites collectivités. Toute la formation dispensée dans la région en 2002/03 s'est faite à l'échelon des collectivités.

Formation des préposés au soutien à domicile

- De la formation a été dispensée aux préposés au soutien à domicile de l'ensemble de la région, dans la mesure des fonds disponibles. À l'automne de 2002, dans la collectivité

d'Escasoni, en Nouvelle-Écosse, un collège communautaire a formé 10 personnes membres des Premières nations. La formation a été dispensée au sein de la collectivité et a été pensée de façon à être facile à suivre et adaptée aux cultures autochtones. Compte tenu du succès de cette initiative, on prévoit répéter le projet en 2003/04. Par contre, la collectivité de Davis Inlet au Labrador n'a pas été en mesure de faire venir quelqu'un chez elle et elle s'est donc employée à explorer les options de formation à distance. À l'Île-du-Prince-Édouard, des personnes ont suivi la formation de préposé au soutien à domicile en ligne, étant donné que ces petites collectivités ne pouvaient se permettre financièrement d'envoyer les étudiants se former à l'extérieur de l'île. Certaines petites collectivités peuvent n'avoir aucun travailleur formé alors que les plus grandes pouvaient disposer de dix préposés aux soins personnels. Il est arrivé que les petites collectivités signent un contrat pour obtenir les services des travailleurs formés d'autres collectivités afin de répondre à leurs besoins.

Formation des coordonnateurs de collectivité

- Un programme de formation a été offert avec succès aux coordonnateurs communautaires, y compris une formation des formateurs dans certains domaines des soins à domicile et en milieu communautaire.

Formation avancée sur le soin des plaies

- Une formation avancée sur le soin des plaies a été dispensée aux infirmières autorisées et aux infirmières auxiliaires autorisées en juillet 2002 grâce à un partenariat avec Convatec, une compagnie pharmaceutique de Montréal. La firme a engagé des formateurs pour venir enseigner aux gens de la région les soins spécialisés des plaies afin que les travailleurs connaissent les techniques les plus récentes et les meilleures pratiques. On prévoit redonner cette formation en 2003/04. Convatec a payé les consultants, la salle de réunion et les repas et collations. Les collectivités ont payé les déplacements et l'hébergement des participants. Plus de 75 % des collectivités ont envoyé au moins une personne suivre cette formation.

Formation en gestion des cas

- Une formation en gestion des cas a été offerte en utilisant une partie de l'écart budgétaire régional. Une personne de chaque collectivité a été envoyée au cours de gestion des cas d'une durée d'une semaine à l'université McMaster, à Hamilton, en Ontario.

Formation en informatique

- Une formation de base a été dispensée aux coordonnateurs communautaires afin qu'ils soient en mesure de se servir des Rapports statistiques sur la prestation des services. Une séance regroupant tous les coordonnateurs a été organisée grâce au concours de l'équipe de cybersanté de Santé Canada.

Enjeux liés au maintien en poste

- Toutes les régions ont connu un problème semblable lié au fait que les personnes qui sont formées finissent souvent par quitter pour aller travailler au sein de collectivités non autochtones, et ce, pour diverses raisons. Le roulement élevé de personnel, pour l'ensemble de l'effectif du programme, y compris les infirmières autorisées et les préposés aux soins personnels, est donc devenu un problème.

Liens et partenariat

À l'échelon provincial

La décision du programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse de collaborer avec les Premières nations au chapitre des évaluations en milieu hospitalier a constitué une réussite importante. Grâce à une organisation tripartite incluant les Premières nations, la province et le gouvernement fédéral, la province a commencé à explorer des moyens d'aider les Premières nations à renforcer leurs capacités.

Conférence internationale des travailleurs sociaux

Même si cette manifestation s'est déroulée à Halifax, en mai 2003, une quantité importante de travail de planification a eu lieu durant le dernier trimestre de 2002/03. Outre le coordonnateur de secteur pour la Nouvelle-Écosse et Terre Neuve et Labrador, un coordonnateur

communautaire et le directeur provincial des soins à domicile du Cap-Breton ont présenté un exposé. Ils ont parlé de partenariats, des succès obtenus et des défis à relever. La conférence a démontré une connaissance et un intérêt de plus en plus marqués à l'égard du Programme au sein des collectivités et des organisations à l'extérieur des Premières nations.

IDA

Des liens ont été établis avec l'IDA aux échelons régional et local, là où c'était possible. Les partenaires ont collaboré pour organiser des ateliers, faire de l'aiguillage et élaborer des mesures au bénéfice des deux Programmes comme des clubs de marche, entre autres activités. Des exposés ont également été faits lors de conférences et durant des activités de formation.

Cybersanté

Des représentants de cybersanté ont fourni de l'aide dans divers domaines de formation dont l'apprentissage et le soutien à l'utilisation de l'outil Rapports statistiques sur la prestation des services.

AINC

Dans plusieurs collectivités, les fonds pour les SDMC et les soins aux adultes ont été combinés afin d'éviter le chevauchement des services et de réaliser des gains d'efficacité

Ressources élaborées et distribuées

Guide d'évaluation

Le guide d'évaluation élaboré par l'équipe nationale d'évaluation a été distribué en février 2002. Ce document expose des options pour l'évaluation à l'intention des collectivités qui détiennent ou non de l'expérience dans ce domaine. Une collectivité du Nouveau-Brunswick a commencé à élaborer un formulaire d'évaluation normalisé au moyen du guide.

Bulletins d'information

Les coordonnateurs de secteur ont produit un bulletin d'information semestriel à l'intention du personnel œuvrant au sein des collectivités.

Fiches d'information

Plusieurs fiches d'information ont été rédigées et distribuées avec les guides de politiques et de procédures produits à l'intention des collectivités. Ces fiches ont servi à diverses fins dans l'exécution du programme comme pour la réalisation d'évaluations, les relations avec le personnel, etc.

Ouvrages de référence

Des ouvrages de référence ont été recensés et distribués aux infirmières

Les Territoires (Secrétariat du Nord)

Le Secrétariat du Nord

Le Secrétariat du Nord a été créé à l'automne 1998 afin d'offrir aux Premières nations et aux Inuits vivant au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) et au Nunavut une approche coordonnée, cohérente et équitable pour la prestation des programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Le Secrétariat du Nord a aussi été l'organisme ministériel chargé d'aider le gouvernement du Nunavut à mettre sur pied son ministère de la Santé et des Services sociaux. À l'automne 2000, on a aussi attribué au Secrétariat du Nord la responsabilité des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies de Santé Canada et des autres communications avec les gouvernements et les intervenants territoriaux dans une relation de partenariat.

Les principales responsabilités du Secrétariat du Nord sont les suivantes :

- Gérer la mise en œuvre et la prestation des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies en milieu communautaire de Santé Canada dans les territoires;

- intégrer et simplifier la planification, la gestion et la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies de Santé Canada;
- gérer la prestation des Services de santé non assurés dans les trois territoires;
- représenter et conseiller Santé Canada, faire valoir son point de vue et coordonner les questions relatives à la participation de Santé Canada et à son rôle dans les territoires;
- participer aux négociations et à la mise en œuvre des ententes d'autonomie gouvernementale dans les territoires;
- maintenir et renforcer des partenariats avec les gouvernements territoriaux, les Premières nations, les Inuits et les autres intervenants des territoires.

Le Secrétariat du Nord offre aussi du soutien supplémentaire, notamment en faisant ce qui suit :

- Il assume le rôle de chef de file dans l'établissement de politiques relatives à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de santé dans les territoires;
- Il fait partie de comités ministériels et interministériels sur des questions qui touchent les programmes et les services de santé dans les territoires;
- Il met au point une approche stratégique coordonnée pour l'élaboration, l'adaptation et la mise en œuvre de programmes et de services de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les territoires;
- Il sert d'agent de coordination de toutes les activités de Santé Canada dans les territoires.

Fiche éclair

	Nunavut	T.N.-O.	Yukon	TOTAL
Population	21 244	15 378	7 558	44 180
Population moyenne par collectivité	787	466	540	597
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	27	33	14	74
Nombre de collectivités financées	25	33	14	72
% des évaluations des besoins qui sont terminées	93 %	100 %	57 %	89 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	93 %	100 %	21 %	82 %
% de collectivités en planification/ mise en œuvre	93 %	100 %	7 %	80 %
% de collectivités recevant des services	93 %	100 %	7 %	80 %
% de la population recevant des services	99 %	100 %	9 %	84 %

2002/03

La région

Le Secrétariat du Nord de Santé Canada administre le Programme pour les trois territoires.

Nunavut

La région du Nunavut est vaste, et couvre près de deux millions de kilomètres carrés. Elle abrite 27 collectivités inuites qui totalisent plus de 21 000 habitants.

Territoires du Nord-Ouest

Le territoire abrite 33 collectivités, qui représentent un mélange d'établissements de Premières nations et des Inuits. Comme dans les autres territoires, les collectivités sont plutôt petites et relativement isolées; c'est dans ce territoire que la taille moyenne des collectivités est la plus petite.

Yukon

Environ la moitié des 14 Premières nations du Yukon ont une population de moins de 500 habitants et seule une collectivité, celle de Kwanlin Dun, possède plus de 1 000 habitants. À la fin de 2001/02, cinq collectivités avaient terminé l'évaluation de leurs besoins et à la fin de 2002/03, trois autres collectivités avaient terminé cette démarche au Yukon. Tout comme à la fin de 2001/02, seule une collectivité avait commencé à fournir des services à la fin de 2002/03.

Liens et partenariat

- Les plans de prestation des services présentés par les autorités régionales responsables de la santé et des services sociaux ou les organisations des Premières nations ou inuites ont été examinés et approuvés, selon le cas.
- Un partenariat a été établi avec le collège Aurora pour que celui-ci apporte des modifications au contenu (enseignement) du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.
- Des partenariats ont été consolidés entre les autorités responsables de la santé et des services sociaux, le ministère de la Santé et des services sociaux, la corporation régionale d'Inuvialuit et la Nation dénée.
- Des appels conférences et des réunions ont eu lieu avec les coordonnateurs des soins à domicile régionaux/territoriaux et le Secrétariat du Nord.

Formation et recrutement

- Le recrutement du personnel infirmier et des préposés aux soins à domicile s'est poursuivi.
- Des réunions et ateliers régionaux sur les soins à domicile ont été organisés.
- Le travail s'est poursuivi sur des stratégies visant à accroître l'intérêt à l'égard de la profession des soins à domicile et en milieu communautaire.

Ressources élaborées et distribuées

Une composante clé du plan de travail pour 2002/03 consistait à favoriser l'éducation et l'écoute des leaders des collectivités, des populations admissibles aux SDMC et des fournisseurs de services ainsi que les communications et le partage avec ceux-ci, en communiquant avec les groupes et les organisations communautaires concernant les services de soins à domicile et en trouvant des moyens de soutenir les familles dans la prestation des soins à domicile.

Cet objectif a été atteint, en partie, au moyen de bulletins d'information, de fiches d'information, de brochures, d'affiches, de vidéos et de communiqués d'intérêt public.

OBSTACLES ET DÉFIS

Étant donné que la plupart des régions ont poursuivi leur transition de la planification et de la mise en œuvre à la prestation de services durant l'exercice 2002/03, environ trois collectivités sur quatre de l'ensemble du pays offraient des services de soins à domicile et en milieu communautaire à la fin de l'année. Même si les intervenants du Programme au sein des collectivités et conseils tribaux et aux échelons régional et national sont parvenus à surmonter une grande diversité d'obstacles durant l'année, voici quelques-uns des défis communs auxquels ils ont été confrontés.

Exigences en matière de reddition de comptes

Comme un nombre accru de collectivités entraient en mode de prestation des services, l'équipe nationale a produit le Rapport statistique sur la prestation de services (RSPS). Le RSPS a été mis au point pour aider les collectivités à produire les rapports requis de façon efficace et intégrée. Malheureusement, il a fallu dispenser une importante formation au personnel régional et des collectivités et il y a eu des problèmes de compatibilité entre les systèmes si bien que l'outil a été perçu comme étant lourd à utiliser par beaucoup d'intervenants du Programme. Dans certaines régions, les collectivités ont produit les rapports requis à la main et c'est à la région que revenait le soin de transposer l'information en ligne.

Quelques régions ont conçu des modèles localement pour recueillir les données. Bien que les opinions soient partagées sur le fait que les exigences se simplifient ou deviennent plus complexes, il est probable que les défis posés par le RSPS ont contribué à donner l'impression à certains que la tâche s'alourdissait. L'outil exige également beaucoup de formation et un soutien continu. Certains estiment également que cet outil ne permet pas de recueillir toute l'information requise (p. ex., les données sur les tendances). On constate un intérêt marqué en faveur de l'intégration des exigences d'AINC et de la DGSPNI en matière de rapports.

Conseils en soins infirmiers

Dans plusieurs régions, la prestation de conseils en soins infirmiers a constitué un important enjeu durant l'année. Par exemple, en C.B., l'équipe de nursing en soins à domicile et en milieu communautaire a dû effectuer un certain travail de supervision des soins à domicile et faire l'examen des programmes étant donné que plusieurs collectivités ne pouvaient obtenir ces services ailleurs. Une autre province fait état d'enjeux liés à l'assurance de la qualité, à la tenue des dossiers des clients et à la surveillance connexe. La région de la Saskatchewan a réglé la question de la supervision (conseils) des soins infirmiers pour les petites collectivités en mettant au point un système dans lequel celles-ci peuvent utiliser une partie des fonds qui leur sont accordés pour se procurer ce service en fonction de leurs besoins.

Pendant que les régions travaillent avec le personnel pour trouver des solutions aux besoins en services-conseils, des comités aux échelons régional et national se penchent actuellement sur la question.

Financement

Comme pour la plupart des programmes de cette nature, un certain nombre de défis ont entouré la question du financement. L'attribution des fonds selon les étapes ne fait toujours pas l'unanimité, certains travailleurs estimant que le principe de « gestion par la collectivité et à son rythme » était contraire aux modalités d'attribution réelles des fonds en fonction de l'étape où est rendue la collectivité.

Les petites collectivités isolées vivent souvent des défis encore plus grands parce que leurs coûts sont plus élevés et leurs ressources humaines plus limitées, même si le type de travail et les niveaux de services requis sont essentiellement les mêmes.

Le financement des deuxième et troisième niveaux constitue un défi permanent au sein des régions. Alors que certaines d'entre elles choisissent d'accroître le niveau de financement fourni par le bureau national ou de financer les services de deuxième niveau à même d'autres sources de fonds, le financement de troisième niveau s'établit à un niveau fixe et aucuns fonds ne sont alloués directement au soutien de deuxième niveau.

Les niveaux de partenariat, de soutien et de services offerts aux Premières nations en matière de soins à domicile diffèrent selon la province et ces écarts ne sont pas pris en compte pour établir le financement.

Recrutement et maintien en poste

Les enjeux liés au recrutement et au maintien en poste du personnel infirmier ont varié en nature et en importance entre les régions et au sein de chaque région. Même si le recrutement constitue un enjeu permanent pour les collectivités autres que celles des Premières nations ou des Inuits, certaines régions ont réussi à attirer le personnel requis pour l'exécution du Programme à l'échelon communautaire.

Le maintien en poste est devenu un enjeu de plus en plus important dans certains secteurs. Les écarts salariaux entre les collectivités des Premières nations et des Inuits et entre les collectivités qui n'appartiennent pas à ces groupes expliquent en partie cette difficulté selon certains. L'absence de soutien à la formation continue des travailleurs est également mise en cause pour expliquer les départs au sein du personnel.

Aux échelons régional et national, le roulement du personnel s'est également avéré un enjeu en raison de son incidence sur l'évolution du Programme, les communications et la continuité pendant la période où il faut recruter, engager et former le nouveau personnel.

Budgets pour la formation et les immobilisations

Même si elles ne disposaient pas de budget particulier pour la formation et les projets en immobilisations durant l'exercice 2002/03, les régions et les collectivités ont quand même dû parvenir à dispenser une formation continue à l'effectif en place tout en formant les nouveaux arrivés, tout particulièrement les préposés aux soins de santé à domicile. Par ailleurs, le remplacement des installations ou l'aménagement de nouvelles installations ont également constitué des défis. Certaines régions ont été capables d'allouer leur écart budgétaire à certains projets de formation et d'immobilisations, mais plusieurs d'entre elles, tout particulièrement celles dont la totalité ou la plupart des collectivités avaient commencé à offrir des services, n'ont pu profiter d'autres sources de financement.

Communications et soutien

Les communications ont continué à poser un défi pour tous les intervenants concernés aux échelons local, régional et national. En plus des communications ponctuelles faites par écrit, verbalement et en personne, on a mis en place divers outils permanents pour faciliter l'échange d'information.

Des réunions ont été régulièrement organisées dans certaines régions avec les travailleurs des collectivités et régionaux, en personne ou par téléphone. Le personnel régional et les partenaires des Premières nations et des Inuits ont organisé des appels conférences réguliers et des réunions habituellement tous les six mois pour apprendre, faire du remue-méninges concernant les défis et les possibilités et se donner du soutien et des conseils mutuellement. Malgré les efforts continus pour améliorer les communications, la plupart des gens concernés estimaient que le savoir, le soutien et les services ne pourraient que bénéficier d'un élargissement des communications et du partage de l'information.

Tout comme les régions qui ont dû surmonter les obstacles pour donner du soutien à des collectivités disposant de ressources relativement limitées, ce à quoi elles sont parvenues en de multiples occasions, l'équipe nationale a également connu des difficultés à soutenir les régions et les collectivités, compte tenu de l'envergure et de la nature du Programme. Beaucoup de collectivités, à leur tour, ont dû essayer d'exécuter un programme relativement complexe, tout particulièrement dans les collectivités plus petites et/ou isolées. Même si elles ont reçu du soutien aux trois niveaux d'exécution, elles souhaitaient également vraiment recevoir un soutien des autres programmes et bureaux (p. ex. Bureau des soins infirmiers, SSNA, AINC, etc.)

Malgré les difficultés en matière de communications et de soutien qu'a connu le Programme, les réalisations et les succès à tous les échelons dans l'ensemble du pays ne peuvent être sous-estimés, dans la mesure où les travailleurs du Programme ont permis aux collectivités de passer à travers les étapes de la planification, de l'élaboration, du lancement et du maintien en place des programmes de SDMC.

Liens et partenariat

Même si l'ampleur des liens et des partenariats entre le Programme et les autres programmes gouvernementaux et les organisations non gouvernementales a varié de façon importante aux échelons des collectivités, des régions et du pays, l'année a été marquée par de belles réussites issues de l'établissement ou de l'élargissement de ces collaborations.

Malgré les nombreux succès obtenus, l'intégration et le lien avec d'autres organisations et programmes fédéraux posent un défi. Selon l'organisation et l'enjeu, les discussions et le réseautage peuvent s'avérer limités aux échelons national, régional et/ou local.

Questions liées aux Services de santé non assurés

Un emballant projet pilote a été élaboré par le PSDMCPNI et les SSNA pour le début de 2003/04 dans trois collectivités de l'Alberta et une collectivité de la Nouvelle-Écosse. Le projet vise à améliorer et à accélérer l'accès à certaines fournitures médicales et à certains appareils médicaux au sein de la collectivité. La question du consentement et de la couverture en vertu des SSNA est cependant considérée par certains comme étant un important enjeu et un défi à relever.

Partenariats : Les partenaires des Premières nations et des Inuits et Santé Canada

Le PSDMCPNI se fonde sur un partenariat entre le gouvernement fédéral (Santé Canada) et les partenaires des Premières nations et des Inuits. Les représentants des Premières nations et des Inuits ont joué un rôle majeur en contribuant à la présentation devant le Conseil du Trésor aux fins du Programme. Un Comité directeur national où siègent autant de représentants gouvernementaux que de représentants des Premières nations et des Inuits a poursuivi son travail essentiel durant l'exercice financier 2002/03. Des activités ont également été réalisées en partenariat et en collaboration au sein des régions Dans chaque région ainsi qu'à l'échelon national, ces partenariats fonctionnent selon leurs modalités propres, en partie selon les organisations et les personnes qui les ont établis, des rôles qui leur sont attribués et des acquis des partenariats passés.

Les partenaires des Premières nations et des Inuits tout comme les employés gouvernementaux reconnaissent l'importance de collaborer pour réaliser les résultats attendus dans le cadre du Programme. Les moyens à prendre pour réaliser ces objectifs ne font pas toujours l'unanimité. L'importance de la participation des partenaires des Premières nations et des Inuits à la planification jusqu'à la mise en œuvre, à la prestation des services et à l'évaluation a déjà été soulignée. Les défis se vivent directement dans la collectivité où il est parfois difficile de concilier les rôles et les perspectives des différentes instances et personnes concernées (c.-à-d. les désaccords entre le gouvernement et les représentants des partenaires des Premières nations et des Inuits). Lorsqu'un différend survient, il est difficile pour l'une ou l'autre des parties en cause de parvenir à une solution officielle en l'absence de mécanismes formels de résolution des conflits.

Malgré ces défis, les partenariats aux échelons local, régional et national entre le gouvernement, le réseau des soins de santé et les Premières nations et les Inuits mais aussi avec d'autres organisations et groupes d'intérêt ont porté fruit en de multiples occasions.

PERSPECTIVES D'AVENIR : 2003/04

L'exercice financier 2003/04 marquera la cinquième année du PSDMCPNI. Durant les quatre premières années, près de trois collectivités des Premières nations et des Inuits sur quatre de l'ensemble du Canada ont réalisé toutes les étapes du Programme, de l'évaluation et de la présentation de leurs plans jusqu'à la planification de la mise en œuvre menant à la prestation de services complets. Durant l'année qui s'amorce, d'autres collectivités passeront en mode de prestation des services, alors que celles qui y sont déjà bénéficieront d'une expertise acquise avec le temps et l'expérience accumulée au sein du Programme.

L'évaluation prendra une importance cruciale en 2003/04. De nombreuses collectivités utiliseront les compétences et les idées issues des ateliers et du soutien reçu en matière d'évaluation et amorceront la démarche d'évaluation des processus et des résultats de leur propre programme. Cette information les aidera à gérer leur programme dans le contexte particulier qui est le leur.

À l'échelon national, trois études clés seront réalisées.

Étude 1 : Le PSDMCPNI a-t-il été mis en œuvre conformément aux plans établis?

Étude 2 : Le PSDMCPNI respecte-t-il les objectifs globaux fixés en matière de soins à domicile?

Étude 3 : Le PSDMCPNI répond-il aux besoins des Premières nations et des Inuits?

Nul doute que le nombre de clients qui recevront des soins à domicile et en milieu communautaire dans leur collectivité respective est appelé à croître en 2003/04. Même si les travailleurs et les partenaires de tous les échelons auront encore à relever des défis dans la poursuite de leur travail, ils pourront compter résolument sur les acquis du Programme engrangés au cours de ses quatre premières années d'existence pour parvenir à offrir des soins à domicile et en milieu communautaire de qualité aux Premières nations et des Inuits.

ANNEXE 1 : L'ABC DES SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Composantes de base

Voici les composantes de base des soins à domicile et en milieu communautaire :

- fournir des services aux gens surtout dans leur foyer;
- fournir des services en fonction de besoins qui ont été identifiés durant l'évaluation du client;
- aider les gens à conserver leur indépendance à leur domicile et leur permettre de rester proches de ceux qu'ils aiment le plus longtemps possible;
- fournir des soins de façon holistique en tenant compte des besoins physiques, sociaux, spirituels et émotifs de la personne et de ses particularités uniques;
- soutenir et améliorer les soins fournis par la famille et la collectivité sans toutefois les remplacer.

Services

Voici les services offerts par le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire :

Évaluation des clients

Voici comment cette démarche est effectuée :

- en parlant avec le client et sa famille
- en parlant avec le médecin du client et les autres personnes le soignant
- en tenant compte des antécédents médicaux du client
- en évaluant son état physique

Gestion des cas

C'est l'étape après l'évaluation qui vise à assurer que le plan de soins convient et qu'il est exécuté par le bon donneur de soins, au bon moment.

Soins infirmiers à domicile

- ce sont les soins infirmiers prodigués à la maison ou en milieu communautaire
- ils comprennent la formation donnée au client et à sa famille en vue de s'occuper eux-mêmes de certains soins
- ils peuvent inclure la supervision des travailleurs qui dispensent les soins personnels

Soins personnels

- aide pour les activités comme le bain, le soin des pieds et l'habillage

Soutien à domicile

- aide pour les travaux ménagers légers, la lessive et la préparation des repas

Services de relève à domicile

- soin du client pendant que la famille, qui en prend habituellement soin, bénéficie d'un moment de repos et que le client ne peut rester seul pour des raisons de sécurité

Clients visés

Les personnes de tout âge qui ont un besoin ayant été évalué et qui

- ont reçu leur congé de l'hôpital;
- ont une maladie ou un état morbide nécessitant un suivi;
- sont incapables de vivre seul en attendant leur admission dans un établissement de soins de longue durée;

- ont un handicap et ont besoin d'aide pour vivre seul;
- ont besoin de soins infirmiers à domicile; et/ou
- choisissent de vivre à la maison plutôt que dans un établissement de soins de longue durée, dans la mesure où cela est sécuritaire, abordable et que des services leur sont dispensés.

Les autres personnes susceptibles de bénéficier de soins à domicile et en milieu communautaire incluent la famille et les amis qui ont besoin de soutien pour continuer à prendre soin des personnes à la maison.

Procédure d'aiguillage

Les clients peuvent demander les services eux-mêmes ou ils peuvent être orientés par des membres de leur famille, des amis, des médecins, des voisins ou des hôpitaux.

Fournisseurs de services

Les services de soins à domicile et en milieu communautaire sont fournis surtout par des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des auxiliaires familiales ou préposés aux soins personnels accrédités à l'échelon de la collectivité. Les auxiliaires familiales et les préposés aux soins personnels doivent être soutenus et supervisés par des infirmières autorisées.